ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

4e SÉRIE. — TOME II. — 1901

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* paraissent le 30 de chaque mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris : **30** fr. — *Départements et Union postale :* **32** fr.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

QUATRIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Associé national de l'Académie de médecine.

L. BROCQ
Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

R. DU CASTEL
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE
Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

W. DUBREUILH
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROUSSE, CARLE, CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LEPILEUR, LEREDDE, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAUT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICHKAM

Dr G. THIBIERGE
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :
Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME II. — 1901

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

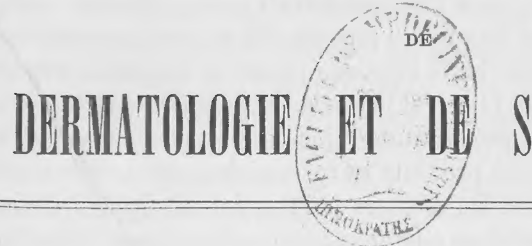
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

MDCCCCI

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE



TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LA CULTURE DU BACILLE DE DUCREY

PAR

F. Bezançon,
Médecin des hôpitaux.

V. Griffon,
Ancien interne des hôpitaux.

et **L. Le Sourd**
Interne des hôpitaux.

Le bacille du chancre mou peut, ainsi que nous l'avons montré (1), être cultivé avec succès, si on fournit au microbe du pus chancrelleux, comme terrain de culture, un milieu organique tel que le *sang gélosé*. Avant d'exposer les résultats de nos recherches sur cete question, nous rappellerons les tentatives des divers expérimentateurs qui nous ont devancés dans cette voie.

Historique

Dès 1889, en même temps qu'il décrivait les caractères morphologiques du microbe qu'il incriminait comme l'agent pathogène du chancre mou, Ducrey (2) avouait l'insuccès des essais qu'il avait entrepris sur les différents milieux de culture utilisés à cette époque.

Petersen (3), quelques années plus tard, prétendit avoir obtenu, et encore d'une manière inconstante, par l'emploi de l'agar-sérum comme milieu de culture, le développement de bactéries que leurs caractères morphologiques rendaient identiques au bacille de Ducrey.

(1) F. Bezançon, V. Griffon et L. Le Sourd. Culture du microbe du chancre mou. *Soc. de biologie*, séance du 8 décembre 1900, et *Presse médicale*, 1900, n° 102.

(2) Ducrey. Ricerche sperimentali sulla natura intima del contagio del' ulcera venerea et sulla patogenesi del bubone venereo. *Giornale ital. del mal. ven. e della pelle*, 1899, fasc. 41, p. 372.

(3) Petersen. Ueber Bacillen befunde beim Ulcus molle. *Centralblatt f. Bacteriol.*, 8 juin 1893.

L'inoculation de ces cultures à l'homme aurait même, dans un cas, produit au deuxième jour une petite pustule qui se serait cicatrisée spontanément le cinquième. Mais Petersen ne dit point, ainsi que le fait remarquer Ch. Nicolle (1), « si le pus de la pustule contenait du bacille de Ducrey, et il n'a point fait de réinoculation avec ce pus. De plus, l'évolution de la pustule produite ne ressemble guère à celle d'un chancre d'inoculation; nous ne croyons point qu'on ait jamais vu un chancre guérir spontanément au cinquième jour ». Aussi, avec Nicolle, conservons-nous un doute sur la valeur des résultats de Petersen.

De son côté, Ch. Nicolle après avoir répété inutilement les tentatives de Ducrey sur bouillon, agar, gélatine, lait, pomme de terre, sérum, a essayé sans plus de succès l'agar à 0,5 pour cent, le sérum-agar, le sérum liquide, le sérum pomme de terre, les gouttes suspendues de pus chancreux avec ou non addition de sérum ou d'humeur aqueuse, le liquide du bubon soit pur, soit mélangé à de l'agar, le sang étendu en plaque sur de l'agar.

Plus récemment, Lenglet (2) a présenté à la Société de dermatologie des cultures pures de l'agent pathogène du chancre mou ; mais, ni à cette époque, ni depuis, il n'a donné la formule de son milieu de culture, se bornant à indiquer que, pour la préparation de ce milieu, il a soumis « les éléments protéiques de la peau humaine à l'action de certains ferments solubles énergiques ».

Nos recherches antérieures (Bezançon et Griffon) nous ayant appris qu'un certain nombre de microbes pathogènes pour l'homme, qui ne se développent pas sur les milieux usuels (3), poussent bien, au contraire, si on les ensemence sur un milieu dans la constitution duquel entre du sang non modifié, il était intéressant d'appliquer cette technique à un microbe jusqu'ici rebelle à toute tentative de culture sur milieu défini, comme le bacille de Ducrey.

TECHNIQUE DE LA CULTURE

Le milieu de culture dont il s'agit, le *sang gélosé*, est un milieu solide, à la surface duquel on peut prélever séparément des colonies développées et réaliser ainsi aisément l'isolement des germes à l'état de pureté. Le sang est mélangé à la gélose dans la proportion d'un tiers pour deux tiers de gélose. Le mélange est fait lorsque la gélose, préalablement fondue à l'autoclave, est encore liquide ; mêlée intimement au sang, elle l'emprisonne dans sa masse en se refroidissant, sans lui faire subir de modification appréciable.

(1) Ch. Nicolle. Recherches sur le chancre mou. *Thèse*, Paris, 1893, p. 80.

(2) Lenglet. Culture pure du bacille de Ducrey. *Bulletin médical*, 1898, p. 1051.

(3) F. Bezançon et V. Griffon. Le sang gélosé comme milieu de culture pour les microbes qui ne se développent pas sur les milieux usuels. *Congrès internat. de méd.*, Paris, 4 août 1900, Section de Bactériologie.

Le sang peut être puisé dans la veine céphalique du bras de l'homme, dans l'artère fémorale du chien, dans la carotide du lapin.

Technique de la préparation du sang gélosé. — Pour préparer le *sang gélosé* avec du sang de lapin (c'est le milieu le plus pratique et c'est celui qui nous a permis de réaliser nos cultures de bacille de Ducrey), on procède de la façon suivante : après avoir dénudé la carotide, on pose une ligature définitive sur le bout périphérique du vaisseau et une pince temporaire, à mors plats, sur le bout central ; on incise latéralement en biseau un point de la paroi du segment artériel circonscrit entre les deux points comprimés, puis on introduit un petit trocart à extrémité mousse, qu'une ligature maintient fixé dans la lumière du vaisseau. Au pavillon du trocart est adapté un tube de caoutchouc qui permet de régler la direction du jet de sang et d'interrompre à volonté l'arrivée du sang dans les récipients. Il ne reste plus, alors, qu'à enlever la pince temporaire, à recueillir le sang dans des tubes de gélose maintenue liquide à 50° (bain-marie ou étuve), à faire le mélange du sang et de la gélose en inclinant et redressant alternativement les tubes, et enfin à donner à ces tubes l'inclinaison habituelle avant de les abandonner à la solidification par refroidissement.

Technique des ensemencements. — Les lésions humaines qui nous ont fourni des *premières cultures* du bacille de Ducrey sont de deux ordres : chancre mou et bubon suppuré chancrelleux. Il est évident que le premier temps de la technique de l'ensemencement n'est pas absolument identique, suivant qu'on a affaire à l'un ou l'autre de ces accidents vénériens.

Dans le cas de bubon chancrelleux *non ouvert*, il n'y a pas à redouter les infections secondaires, et il suffit d'un nettoyage *extemporané* de la peau pour pouvoir prélever aseptiquement le contenu de l'abcès ganglionnaire. Dans les deux cas que nous rapportons plus loin, voici comment il a été procédé : les téguments ayant été savonnés, dégraissés à l'éther et désinfectés à l'alcool, on pratique une petite incision de la peau au point où la fluctuation est le plus manifeste, incision ne comprenant pas toute l'épaisseur du tégument. Dans cette petite plaie, on plonge l'extrémité effilée d'une pipette stérilisée, on achève ainsi la perforation de la peau, et on aspire le pus en plein centre du bubon. L'ensemencement de ce pus sur les tubes de *sang gélosé* doit être immédiat et abondant ; les tubes sont aussitôt portés à l'étuve à 37°, soigneusement encapuchonnés.

Dans le cas de chancre mou, génital ou extra-génital, il ne faut guère s'attendre, au contraire, à trouver le bacille de Ducrey d'emblée à l'état de pureté dans la lésion. Il est rare, en effet, qu'on surprenne le chancre mou dès sa période de début, alors que la cuticule épidermique de la pustule chancrelleuse n'est pas encore rompue. A la

période ulcérative, les germes saprophytes de la peau, staphylocoque blanc et *bacterium cutis commune* surtout, pullulent concurremment avec le bacille de Ducrey, et l'ensemencement du pus dans ces conditions risque de donner un résultat négatif au point de vue du bacille de Ducrey, la surface du milieu de culture se trouvant envahie par les colonies des autres germes plus exubérants.

Si l'on prend soin de faire, en partant du chancre primitif, un chancre d'inoculation, cette difficulté disparaît, car il est alors facile, au bout de quarante-huit heures, de recueillir aseptiquement dans une pipette le contenu de la pustule nouvelle avant sa rupture ; il est certains chancres, comme ceux de la région anale, impossibles à désinfecter complètement, dont on ne pourra vraisemblablement obtenir de culture pure que si l'on se décide à les *inoculer*.

Mais certains chancres génitaux, et surtout ceux qui, sans connexion avec les organes génitaux, occupent des régions faciles à protéger contre le développement des infections secondaires, comme la peau de l'abdomen, les cuisses, etc., sont susceptibles d'être rigoureusement désinfectés, c'est-à-dire débarrassés de tous les germes qui pullulaient à leur surface, et de donner ultérieurement du pus à bacilles de Ducrey purs. Il suffit de stériliser en quelque sorte la surface du chancre en y versant des solutions antiseptiques et surtout en y appliquant un badigeonnage de teinture d'iode ; puis, de maintenir sur la région un pansement aseptique (gaze stérilisée ou collodion) : la cuticule épidermique se reforme rapidement, et au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures on trouve, accumulée sous cette cuticule, une petite quantité de pus épais dans lequel se sont développés les bacilles de Ducrey qui infiltraient la couche profonde du chancre et qui ont échappé à l'action de l'antiseptique versé à la surface. Ce petit artifice nous a permis, à plusieurs reprises, d'obtenir d'emblée des cultures pures de bacille de Ducrey, en partant directement du chancre primitif. Comme lorsqu'il s'agit du pus des bubons, l'ensemencement doit être riche ; il nous paraît préférable de déposer à la surface d'un seul tube la totalité du pus que l'on a pu prélever, plutôt que de disperser la semence sur des tubes multiples.

Milieux liquides. — Le liquide qui se condense à la partie déclive des tubes de *sang gélosé* constitue un excellent milieu de culture pour le bacille de Ducrey, qui y prend, comme nous le verrons plus loin, des caractères morphologiques un peu spéciaux.

Mais il est un autre milieu, le *sérum non coagulé de lapin*, que l'on peut utiliser dans certaines conditions, lorsque, par exemple, il s'agit d'ensemencer du pus à bacilles purs, comme celui d'un chancre stérilisé la veille ou celui d'un bubon non ouvert. Il n'y a pas lieu dans ces cas d'obtenir des colonies séparées de microbes différents à la surface d'un milieu solide; le sérum de lapin a, sur le sang

gélosé, cet avantage pratique de ne pas se dessécher et d'être, par là, commode à conserver dans les laboratoires en attendant l'occasion d'être utilisé.

CARACTÈRES DES COLONIES

Les divers échantillons de bacille de Ducrey que nous avons cultivés présentent les mêmes caractères, à l'œil nu comme au microscope. Ils proviennent de quatre sources différentes, soit du service de M. Thibierge (1) (obs. I et III), soit du service de M. Dieulafoy (obs. II), soit enfin du service de M. Gérard-Marchant (obs. IV).

Nos cultures sur sang gélosé ont été réalisées par ensemencement direct de pus provenant soit du chancre mou primitif, soit du chancre d'inoculation, soit encore du bubon chancrelleux.

A la surface des tubes ainsi ensemencés, on voit apparaître, après

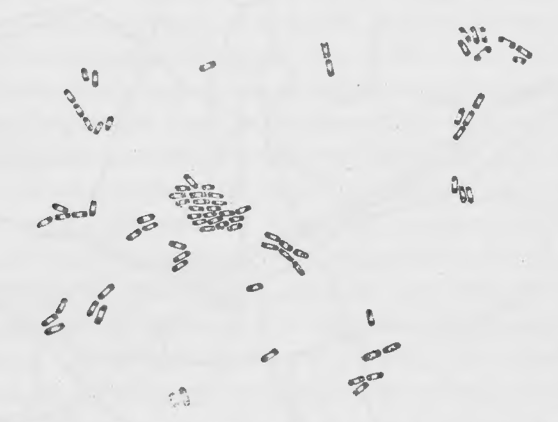


FIG. 1. — Examen microscopique d'une parcelle de colonie développée à la surface d'un tube de *sang gélosé*.

un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve à 37°, des colonies arrondies, saillantes, brillantes, qui n'atteignent parfois leur développement complet qu'au bout de quarante-huit heures, et sont alors opaques, grisâtres, présentant un à deux millimètres de diamètre. Lorsqu'on les prélève pour l'examen microscopique, elles ont tendance à fuir en masse devant le fil de platine, glissant à la surface du milieu, et, sur la lamelle, sont difficiles à dissocier.

Si l'on colore les préparations, par la solution phéniquée de violet de gentiane ou de bleu de méthylène, par exemple, et si on les porte sous le microscope, on y voit des bacilles qui ont exactement l'aspect

(1) Nos recherches ont été commencées à la Pitié, dans le service de M. Thibierge, à qui nous sommes doublement reconnaissants d'avoir bien voulu nous permettre l'accès de son service et d'avoir donné à nos résultats expérimentaux la sanction de son expérience dermatologique.

morphologique et le mode de groupement que Ducrey, Unna, Ch. Nicolle ont successivement décrit dans le pus et les coupes histologiques du chancre. Ce sont des bacilles en navette, offrant des bouts arrondis, ne fixant la matière colorante qu'à leurs extrémités, restant

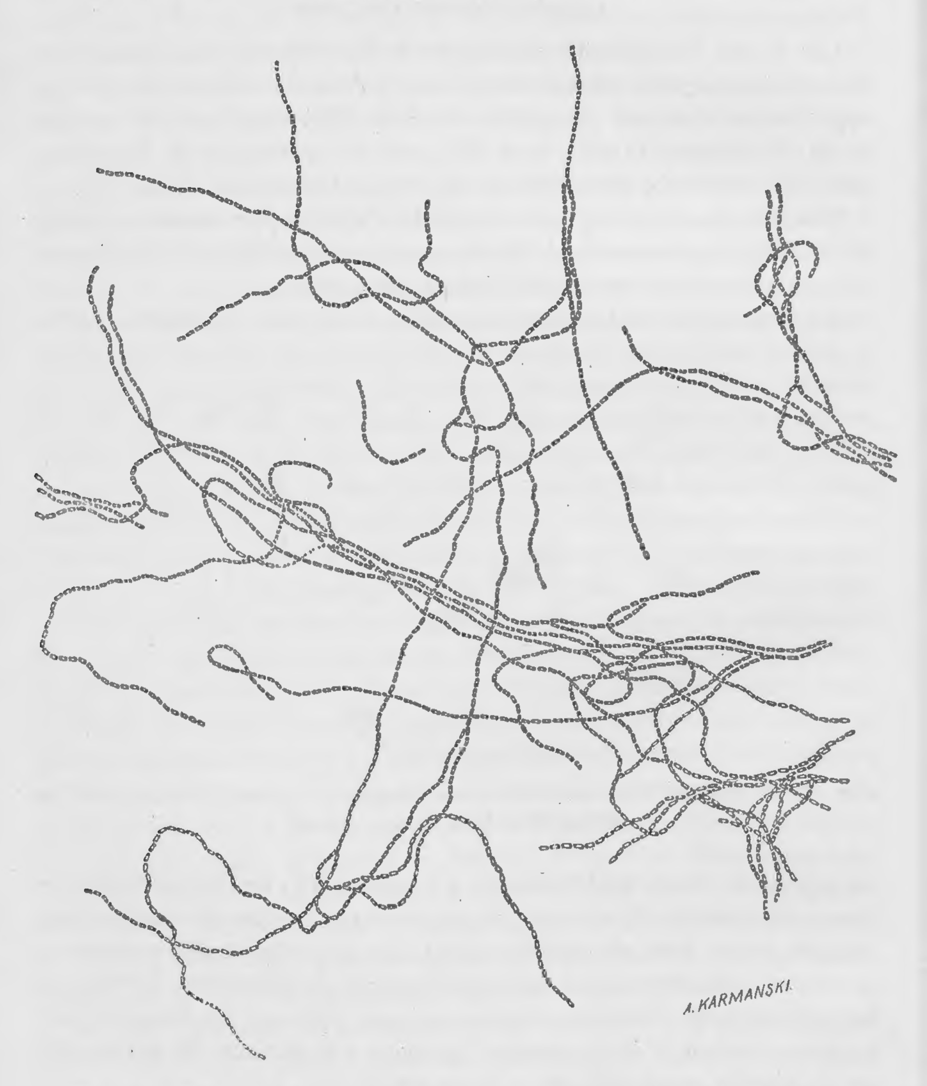


FIG. 2. — Examen microscopique d'une goutte du liquide condensé à la partie déclive d'un tube de *sang gélosé*.

incolores à leur partie centrale, ne gardant pas la coloration par la méthode de Gram. Ils sont isolés ou en courtes chaînettes de peu d'éléments (streptobacilles), chaînettes souvent groupées parallèlement en moyens ou petits amas (fig. 1).

Très différents, mais de caractères tout particuliers, sont les élé-

ments développés dans le liquide *condensé* à la partie déclive des tubes de *sang gélosé*. Chaque bacille est, ici, individuellement plus petit que dans les colonies de la partie solide du milieu de culture, et ses extrémités sont moins arrondies ; l'espace clair central peut paraître moins net. Mais les chaînettes si grêles que forment ces bacilles ont acquis une longueur vraiment curieuse ; elles peuvent dépasser les limites du champ microscopique ; elles affectent une direction rectiligne, ou plus souvent décrivent des courbes de rayon variable mais généralement grand (fig. 2). Il s'agit bien du même microbe que tout à l'heure, car il suffirait de porter une goutte de ce « liquide condensé » à la surface d'un tube neuf de *sang gélosé* pour obtenir à l'étuve une culture de colonies arrondies constituées par des bacilles isolés ou en courtes chaînettes.

Dans certains cas, l'examen du tube de culture, pratiqué au bout de vingt-quatre heures, ne révèle pas encore de colonies apparentes à la surface du *sang gélosé*, et l'on doit alors se borner à rechercher les chaînettes dans le liquide condensé. C'est seulement le lendemain que la culture, en ces cas, donne un résultat appréciable à l'œil nu, et les colonies demeurent alors généralement rares.

Les repiquages donnent des cultures beaucoup plus abondantes. Dès les premières vingt-quatre heures, la surface du tube est recouverte d'un semis de colonies fines de la dimension d'une pointe d'épingle ; le lendemain, sur ce fond de petites colonies se détachent des colonies plus volumineuses, opaques, grosses comme des têtes d'épingle, d'un blanc grisâtre. Ces colonies restent toujours séparées et distinctes ; elles rappellent un peu l'aspect des colonies de bacille diphtérique, et, si riche que soit la culture, elles ne confluent jamais en traînée.

Toutes nos tentatives de culture sur les milieux usuels de laboratoire nous ont donné des résultats négatifs, même lorsque nous ensemencions un microbe en quelque sorte acclimaté par son passage successif sur une série de tubes de *sang gélosé* (sixième génération et onzième génération). Le même échec a été la conclusion de nos essais de culture sur la gélose-sérum (liquide d'ascite emprisonné dans la gélose).

Le *sérum de lapin*, par contre, peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, être utilisé pour la culture du bacille de Ducrey. Si l'on ensemence ce microbe, ou le pus chancrelleux, dans un tube de sérum de sang de lapin, employé tel quel, non coagulé, on a le résultat suivant : le milieu se trouble légèrement à l'étuve et présente de petits flocons. Au microscope, on voit des bacilles groupés en chaînettes de moyenne longueur, très flexueuses et souvent enchevêtrées, formant des S ou des boucles, ou bien beaucoup plus courtes et ne comprenant que quelques bacilles (fig. 3). On trouve aussi des bacilles

isolés. Chaque élément bacillaire possède une zone centrale et incolore et deux extrémités teintées, arrondies, figurant plutôt un point qu'un croissant. A un examen sommaire, le bacille apparaît comme un diplocoque, et l'ensemble pourrait en imposer pour du streptocoque. Il suffirait, en cas d'hésitation, de pratiquer la réaction de Gram.

Vitalité. — Sur les tubes de *sang gélosé*, à condition qu'ils soient maintenus à l'étuve à 37°, le bacille de Ducrey se conserve longtemps vivant. Au bout de trois semaines et même davantage, on peut le



Fig. 3. — Examen microscopique d'une goutte de culture en *sérum non coagulé* du lapin.

repiquer avec succès. Il n'en est pas de même des cultures en *sérum de lapin*, dont la vitalité est toujours de courte durée, et paraît surtout s'épuiser très rapidement au cours des repiquages de sérum de lapin en sérum de lapin.

RÉSULTATS DE LA CULTURE AU CAS DE CHANCRE

Nous n'insisterons pas sur les résultats positifs fournis par la culture des chancres mous que nous avons pu jusqu'à présent étudier. Nous renvoyons, pour plus de détails, aux observations des malades, que nous donnons plus loin. Un point qu'il faut cependant mettre en relief est la facilité avec laquelle on obtient des cultures pures du bacille de Ducrey en partant de chancres mous cutanés extra-génitaux (obs. II). Il est probable que la culture pure sera plus difficile à obtenir quand on aura affaire à un chancre génital ou muqueux, presque impossible à désinfecter, à débarrasser des germes d'infection secondaire.

Ainsi, chez la malade de l'observation IV, la stérilisation préalable du chancre logé dans les plis de l'anus n'a pas permis d'empêcher le colibacille de pousser sur le tube ensemencé directement avec le pus de ce chancre ; et il a fallu créer un chancre d'inoculation à la paroi de l'abdomen, pour obtenir, dans ce cas, des colonies pures de bacille de Ducrey.

RÉSULTATS DE LA CULTURE AU CAS DE BUBON

L'intérêt de la culture du pus du bubon chancrelleux (et surtout du bubon non ouvert) est d'autant plus grand qu'on se rappelle certainement les interminables discussions auxquelles a donné lieu la question de la virulence ou de la non virulence, de la stérilité ou de la non stérilité de ces adénites suppurées.

Dès 1752, Hunter (1) avait reconnu que l'inoculation du pus chancreux et de celui du bubon suppuré produisaient les mêmes effets.

En 1838, Ricord (2), après avoir examiné 618 bubons suppurés, obtenait dans 338 de ces cas des inoculations positives ; mais 63 bubons seulement étaient virulents au moment même de leur ouverture, les autres ne l'étaient devenus que les jours suivants. Se basant sur ces observations, Ricord établissait l'existence de deux espèces bien distinctes de bubons, l'un *simple*, de nature inflammatoire ou sympathique, avec pus non inoculable, l'autre de nature *chancrelleuse* ou symptomatique, avec pus indéfiniment inoculable comme celui du chancre lui-même.

Debange, Rollet, Jullien, Belhomme, Fournier, Turati (3) vinrent confirmer l'opinion de Ricord ; la proportion relative des bubons simples ou virulents qu'ils avaient observés variait de 9 à 75 p. 100.

Mais, le 22 novembre 1884, Straus (4) communiquait à la Société de biologie les résultats des recherches qu'il avait faites dans 42 cas de bubons : toutes les tentatives d'inoculations, pratiquées avec une rigoureuse antisepsie, étaient restées infructueuses, et Straus concluait que « le bubon du chancre n'est jamais originellement virulent ; il ne devient virulent et chancreux que par inoculation secondaire, après son ouverture ».

Cette communication fut le point de départ d'une longue polémique, Horteloup (5), Diday (6), défendant l'opinion de Ricord contre celle de Straus que soutenaient Mauriac, Robin, Spillmann, Humbert, Roque, Barduzzi.

Pendant ces débats, Straus continuait ses recherches et, le 1er août 1885 (7), il apportait à la Société de biologie ses nouveaux résultats ; sur 118 cas de bubons, il avait obtenu, au moment de l'ouverture du bubon, 6 inoculations positives ; sur 60 réinoculations, 5 avaient été également positives. Straus, revenant sur sa première

(1) HUNTER. *Traité de la syphilis*, 1752, p. 481.

(2) RICORD. *Traité pratique des maladies vénériennes ou recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation.* Paris, 1838.

(3) Cités par COLOMBINI. Sulla patogenesi del bubone venereo. *Rendi Conti della R. Accademia dei Fisiocritici.* Sienne, 1897.

(4) STRAUS. Sur la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. *C. R. Soc. de biologie*, 22 novembre 1884.

(5) HORTELOUP. De la virulence des bubons. *Soc. de chirurgie*, 17 décembre 1884.

(6) DIDAY. Du bubon chancrelleux. *Soc. de chirurgie*, 2 janvier 1885.

(7) STRAUS. *Soc. de biologie*, 1er août 1885.

opinion, admettait la possibilité de l'existence de bubons primitivement virulents, se bornant à faire observer leur extrême rareté.

Depuis cette époque, un très grand nombre de travaux ont été publiés sur la pathogénie du bubon chancrelleux. Si l'on fait abstraction de ceux dont les auteurs, comme Finger (1), Campana (2), ne reconnaissent aucun caractère spécifique au chancre mou, et admettent que chancre et bubon sont les résultats d'une infection pyogène banale, on peut classer, d'après leurs conclusions, ces travaux en trois groupes :

1° D'après une première opinion, le bubon vénérien est toujours de nature inflammatoire, et ne peut devenir chancrelleux que consécutivement à l'inoculation secondaire de produits du chancre au niveau de l'abcès une fois ouvert. [Straus (3) (première opinion), Menut (4), Ducrey (5), Colombini (6).]

2° Pour d'autres auteurs, il faut distinguer deux espèces bien différentes de bubons, l'une de simple nature inflammatoire ou sympathique, avec pus non inoculable, l'autre de nature chancrelleuse ou symptomatique, avec pus indéfiniment inoculable comme celui de l'ulcère. [Ricord (7), Horteloup (8), Diday (9), Straus (10), Aubert (11), Ferrari (12), Dubreuilh et Lasnet (13), Spietschka (14), Rille (15), Buschke (16) et Krefting (17).]

3° Il y aurait enfin, pour quelques autres vénéréologistes, trois espèces de bubons : l'un essentiellement virulent contenant le bacille spécifique du chancre mou ; un second, inflammatoire, produit par des pyo-

(1) FINGER. Die Diagnose der syphilitischen Initialsklerose und der localen contagiösen Helcose. *Vierteljahresschrift f. Derm. und Syph.*, 1885.

(2) CAMPANA. *Dei morbi sifilitici e venerei*, part. II, Genova, 1888.

(3) STRAUS. *Soc. de biologie*, 22 nov. 1884.

(4) MENUT. De la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. *Thèse de* Paris, 1885.

(5) DUCREY. Ricerche sperimentali sulla natura intima del contagio dell' ulecra venerea e sulla patogenesi del bubone venereo. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1889, fasc. IV.

(6) COLOMBINI. *Loc. cit.*

(7) RICORD. *Loc. cit.*

(8) HORTELOUP. *Loc. cit.*

(9) DIDAY. *Loc. cit.*

(10) STRAUS. *C. R. Soc. de biologie*, 1er août 1885.

(11) AUBERT. La chaleur et le chancre mou. *Lyon médical*, 1885, vol. II et III

(12) FERRARI. La patologia dell' adenite ulcerosa. *Gazz. degli osped.*, 1885.

(13) DUBREUILH et LASNET. Étude bactériologique sur le chancre mou et le bubon chancreux. *Arch. cliniques de Bordeaux*, octobre 1893.

(14) SPIETSCHKA. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1894.

(15) RILLE. Zur Aetiologie der Bubonen. *Verhandl. V. Deutschen Dermat. Congresses*, 1895.

(16) BUSCHKE. Ueber die Pathogenese des weichen Schankers und der venerischen Bubonen. *Verhandl. V. Deutschen Dermat. Congresses*, 1895.

(17) KREFTING. Ueber virulente Bubonen und den Ulcus molle-Bacillus. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1897.

gènes communs que l'on retrouve dans le pus; un troisième enfin ne contenant aucun micro-organisme. [Audry (1), Cheinisse (2).]

La question, on le voit, était loin d'être résolue. Seul le perfectionnement de la technique jusqu'alors employée, et, mieux encore, une technique nouvelle, rendant possible et pratique la culture du bacille de Ducrey, pouvait permettre de la trancher. Il semble bien que ce soit chose faite; dans deux cas de bubons chancrelleux, les seuls qu'il nous ait été donné d'observer depuis le début de nos recherches, nous avons obtenu deux fois des cultures d'emblée positives. Dans ces deux cas, l'ensemencement du pus chancrelleux à la surface du sang gélosé, ou en sérum non coagulé de lapin (3), a donné naissance à des colonies typiques du bacille de Ducrey, absolument identiques à celles que nous obtenions par ensemencement du pus du chancre primitif ou du chancre d'inoculation.

Ces faits sont d'autant plus instructifs que dans l'un des cas (obs. I), malgré des recherches répétées sur une série de préparations, il avait été impossible de déceler, par l'examen microscopique après coloration, un seul bacille de Ducrey dans le pus de l'adénite; ce bubon eût donc été considéré autrefois comme amicrobien.

Nos résultats, positifs deux fois sur deux, sont donc très encourageants, et ces recherches, poursuivies sur un grand nombre de cas, semblent devoir apporter des données définitives.

Il ne faudra pas craindre d'ensemencer largement le pus chancrelleux à la surface des tubes de sang gélosé, et d'examiner systématiquement le liquide condensé à la partie déclive des tubes, si, au premier abord la culture paraît négative.

On utilisera aussi avec avantage, pour cet ensemencement riche, les tubes de sérum non coagulé de lapin, quitte à repiquer cette culture à la surface des tubes de sang gélosé pour avoir des colonies macroscopiques typiques.

Il est important de ne pas se borner à ensemencer le pus du centre du bubon; il faut rechercher de préférence le pus qui tapisse la paroi de la cavité de l'abcès, car au centre du bubon se produit rapidement une véritable nécrose des éléments cellulaires et microbiens.

IDENTITÉ DU BACILLE CULTIVÉ; PREUVES EXPÉRIMENTALES

Le microbe que nous avons cultivé est bien le bacille du chancre mou, comme nous l'ont montré les résultats de l'expérimentation sur un

(1) Audry. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1893.

(2) Cheinisse. Contribution à l'étude bactériologique du chancre mou. *Annales de derm. et de syph.*, 1894, p. 277.

(3) La culture d'emblée en milieu liquide est, en effet, indiquée ici, puisqu'il s'agit d'une collection purulente fermée, à l'abri des microbes d'infection secondaire, dont la présence, possible dans tout chancre, nécessite l'emploi de milieux solides (sang gélosé) où l'isolement est facile.

des deux malades du service de M. Thibierge (obs. I). Chez ce malade, déjà porteur d'un chancre mou, l'inoculation de cultures à la peau de la paroi abdominale, suivant toutes les règles de la technique usitée lorsqu'on veut réinoculer un chancre dans un but de diagnostic, nous a donné à trois reprises différentes un chancre mou typique comme aspect et comme évolution. Le résultat a été le même, que nous ayons inoculé une goutte du liquide condensé à la partie déclive de nos tubes de *sang gélosé*, ou bien une colonie prélevée à la surface de la portion solide du milieu de culture. La culture de ces chancres expérimentaux était pratiquée chaque fois, et donnait des colonies pures de bacille de Ducrey. L'examen microscopique du pus développé au point d'inoculation dès le deuxième jour montrait qu'alors même qu'on avait inoculé du « liquide condensé », c'est-à-dire ne contenant que des chaînettes démesurément longues, c'étaient des bacilles isolés ou des amas de chaînettes courtes qui se trouvaient multipliés.

Pour nous mettre à l'abri de la cause d'erreur qui aurait pu résulter du transport sur nos différents tubes de culture d'une parcelle du pus apporté lors du premier ensemencement, nous avons choisi une fois, pour l'inoculation, une colonie *solitaire* sur milieu solide, et provenant d'un repiquage de *onzième génération*. Un chancre mou expérimental, aussi typique qu'un chancre mou vénérien, s'est développé en quarante-huit heures au niveau de la piqûre.

Ce succès de l'expérimentation sur le malade nous a dispensé de recourir à la recherche du chancre expérimental chez le singe. On sait que certaines espèces de singes, et plus particulièrement l'espèce communément désignée sous le nom de « bonnet chinois », sont susceptibles de prendre un chancre mou expérimental par inoculation de pus chancrelleux sur des surfaces scarifiées (Nicolle) (1).

On sait aussi que, par contre, les autres animaux, et, en particulier, tous les animaux de laboratoire sont réfractaires au virus chancrelleux. Ils doivent donc être, aussi, insensibles aux injections de cultures. Or, nos diverses inoculations aux animaux nous ont montré que nos cultures étaient dépourvues de tout pouvoir pathogène. Chez la souris, par la voie sous-cutanée ; chez le cobaye et le lapin, par la voie intra-péritonéale, l'injection de fortes doses de cultures récentes est demeurée inoffensive. De même, la piqûre de la peau de l'oreille d'un lapin avec une lancette chargée de culture sur *sang gélosé* n'a donné lieu à aucune réaction locale.

Tous ces résultats expérimentaux négatifs, joints aux caractères morphologiques du microbe et à ses particularités de culture, font que son identité nous paraît solidement établie : le bacille cultivé par nous est bien celui que Ducrey a incriminé comme l'agent spécifique du chancre mou.

(1) Ch. Nicolle. Inoculation positive du chancre mou au singe. *Congrès internat. de méd.*, Paris, 2-9 août 1900, section de Bactériologie.

Observations

Observation I. — *Chancre mou de la jambe; bubon chancrelleux.* — Léon B..., âgé de 41 ans, maçon, entre dans le service de M. Thibierge, à l'hôpital de la Pitié, le 31 octobre 1900.

Il présente au tiers moyen de la face externe de la jambe droite une ulcération de 3 centimètres environ de diamètre, assez régulièrement arrondie, à bords taillés à pic, légèrement décollés. Au pourtour de l'ulcération, halo inflammatoire d'environ 1 centimètre et demi de largeur. Le fond est sanieux, grisâtre, saigne facilement; l'exploration en est très douloureuse; la suppuration est assez abondante.

A la racine de la verge, empiétant un peu sur le scrotum, existe une petite ulcération irrégulière, très superficielle, semblant résulter d'une infection banale.

Au pli de l'aine du côté droit, on trouve une masse ganglionnaire assez volumineuse, formant une tumeur elliptique, à grand axe parallèle au pli de l'aine, de la grosseur d'un œuf de pigeon. La peau est légèrement rosée.

L'ulcération de la jambe avait débuté, au dire du malade, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, par une vésico-pustule qui s'était rompue, donnant ainsi naissance à l'ulcération.

Le malade est marié depuis 17 ans, et père de cinq enfants bien constitués; sa femme est bien portante et n'a jamais fait de fausses couches.

On relève seulement dans les antécédents vénériens du malade, une blennorrhagie contractée deux ans auparavant et qui existe encore.

Le malade avoue un coït suspect moins de huit jours avant l'apparition de la vésico-pustule.

Les deux ulcérations de la jambe et du scrotum sont simplement pansées avec des compresses stérilisées; l'ulcération du scrotum guérit en quelques jours; celle de la jambe reste au contraire à peu près stationnaire, le halo inflammatoire diminue cependant; la lésion reste douloureuse.

Le pus de la surface, examiné au microscope, montre de très nombreux polynucléaires, la plupart en voie de dégénérescence, et des microbes variés : streptocoques, staphylocoques, tétragènes, etc., et quelques formes rappelant le bacille de Ducrey, mais trop peu nombreuses pour permettre le diagnostic.

Cependant le bubon grossit un peu, devient nettement fluctuant, et le 10 novembre à six heures du soir, on décide qu'il sera incisé.

10 novembre. Savonnage, puis lavage de la peau au sublimé, et enfin à l'éther que l'on laisse complètement évaporer. Incision de la peau et du tissu cellulaire avec une lancette stérilisée, puis ponction du bubon et aspiration du pus dans une pipette stérilisée.

Le pus est assez difficile à aspirer dans la pipette ; il est épais, très visqueux, jaune verdâtre. Il est immédiatement ensemencé, et largement ensemencé, sur sang gélosé et sur sérum de jeune lapin.

Pansement avec des compresses stérilisées pour le bubon; pansement iodoformé de l'ulcération de la jambe.

Examen du pus. — Le pus est *uniquement* formé de polynucléaires neutrophiles, pour la plupart en voie de dégénérescence. L'examen du pus pratiqué sur plusieurs lamelles après coloration par le bleu de méthylène et par la méthode de Gram, ne permet de déceler la présence de microbes d'aucune sorte.

Cultures. — Les tubes de bouillon et de gélose largement ensemencés demeurent stériles. Il en est de même des tubes de *sang gélosé.* Mais la culture est positive dans le tube de *sérum non coagulé* de lapin, qui avait été très abondamment ensemencé. Ce milieu se trouble légèrement au bout de vingt-quatre heures, et ce trouble s'accentue encore pendant deux jours. L'examen microscopique d'une goutte de ce milieu liquide, après coloration, montre des chaînettes de moyenne longueur dont chaque article est constitué par un bacille en navette, à bouts arrondis, ne prenant la coloration qu'à ses deux extrémités, demeurant par conséquent incolore à sa portion centrale, et enfin se décolorant par la méthode de Gram. Ces chaînettes sont flexueuses, souvent enchevêtrées, et pourraient en imposer à première vue pour du streptocoque (streptobacille).

Repiquée sur des tubes de *sang gélosé,* cette culture ne donne pas d'abord de développement apparent; il faut examiner le liquide condensé à la partie déclive de ces tubes, et c'est là que s'est faite seulement la culture du microbe. L'examen microscopique de ce liquide, en effet, montre que le bacille s'est multiplié et a pris un aspect morphologique spécial : ce sont des chaînettes grêles, rectilignes ou décrivant des courbes de grand rayon, dans lesquelles les bacilles sont individuellement plus petits que dans les colonies de la partie solide du milieu de culture et présentent des extrémités moins arrondies. Ces chaînettes ont souvent une longueur considérable et dépassent alors les limites du champ microscopique.

Au bout de deux repiquages sur sang gélosé, le bacille s'acclimate et finit par donner des colonies visibles à la surface du milieu solide. Ce sont des colonies arrondies, saillantes, brillantes, qui sont déjà manifestes au bout de vingt-quatre heures, mais peuvent n'être complètement développées qu'au bout de quarante-huit heures. Leurs dimensions atteignent alors en certains points celles d'un petit disque de deux millimètres de diamètre.

Les plus volumineuses semblent opaques, un peu grisâtres. Si on les prélève pour l'examen microscopique, ces colonies ont tendance à fuir en masse devant le fil de platine, glissant à la surface du milieu ; elles sont difficiles à dissocier et à étaler sur les lamelles.

L'examen microscopique d'un fragment de colonies montre, après coloration (solution de Kuhne ou solution de violet de Nicolle), des bacilles ayant la morphologie que nous venons de décrire à propos de la culture en sérum de lapin, mais les bacilles isolés sont nombreux et les chaînettes qu'ils peuvent former sont plus courtes, rectilignes, souvent associées parallèlement pour former un amas petit ou moyen.

Après une série de passages successifs sur des tubes de *sang gélosé,* le bacille ainsi cultivé ne pousse pas sur la gélose ordinaire ni en bouillon peptoné.

Il se développe mal si on le repique en sérum de lapin. Le premier tube de culture (sérum de lapin) ayant été repiqué en sérum de lapin, cette culture seconde est moins riche que la première. Une troisième génération en sérum de lapin venant directement de sérum de lapin est encore plus maigre. En somme, contrairement à ce que nous avons observé sur le sang gélosé, la vitalité s'épuise très vite en sérum de lapin.

Expérimentation sur le malade. — Le 15 novembre à midi, après avoir asep-

tisé convenablement la peau du ventre du malade, on pratique au niveau du grand droit de l'abdomen, à droite, une quadruple inoculation en ligne avec une lancette chargée de liquide de condensation de sang gélosé. Une goutte de ce même liquide avait été préalablement examinée et avait montré de longues chaînettes à l'état de pureté ; une autre goutte avait été ensemencée sur gélose, et cet ensemencement était demeuré stérile. On recouvre les inoculations d'un verre de montre stérilisé, fixé avec des bandelettes de diachylon et un bandage de corps.

Le lendemain matin 16 novembre, on observe une légère rougeur au niveau des points d'inoculation ; dans l'après-midi, la zone rouge s'étend et on voit nettement de petites vésico-pustules de un demi-millimètre de diamètre aux points d'inoculation.

Le 17 au matin, on voit 4 pustules, arrondies, de 3 à 4 millimètres de diamètre, nettement séparées les unes des autres.

Le 18, les 4 pustules se sont rompues spontanément. Après avoir enlevé le verre de montre, on les déterge et on voit que, quoique recouvertes d'une même couche de pus, qui aurait pu en imposer pour leur fusionnement, les ulcérations demeurent distinctes, chacune étant arrondie, à fond irrégulier, à bords décollés, phlycténulaires, à aréoles rouge foncé, sans la moindre trace d'induration périphérique.

Examen du pus. — Leucocytes polynucléaires, cellules muqueuses à longs prolongements enchevêtrés, bacilles peu abondants dans la goutte de pus qui adhérait au fond du verre de montre, plus nombreux dans le produit de grattage des pustules. Bacilles à bouts arrondis, dont quelques-uns ont nettement un espace clair au centre. Pas de chaînettes, et cependant ce sont de longues chaînettes (provenant du liquide de condensation de sang gélosé) que l'on a inoculées. La *culture* sur sang gélosé donne des colonies pures de bacilles de Ducrey.

Le 24, à 6 heures du soir, on pratique deux nouvelles inoculations abdominales : l'une à droite avec une colonie microbienne prélevée sur milieu solide (sang gélosé) ; l'autre à gauche avec une goutte de liquide de condensation de sang gélosé.

Le 25. Le matin, légère rougeur aux points d'inoculation ; les vésico-pustules apparaissent en même temps des deux côtés dans l'après-midi.

Le 26. On trouve, le matin, aux deux points d'inoculation, une pustule parfaitement arrondie, de 3 millimètres de diamètre, blanc jaunâtre, avec un halo rouge foncé à son pourtour.

A six heures du soir, les verres de montre sont enlevés : les pustules sont intactes ; cependant au moment où on découvre la pustule droite, la couche épidermique se rompt en son centre et laisse passer une fine gouttelette de pus. Au moyen de pipettes, le pus est prélevé successivement dans les deux pustules, ensemencé, et étalé sur lamelles.

Examen du pus. — Leucocytes polynucléaires ; quelques cellules muqueuses ; très nombreux bacilles de Ducrey ; pas d'autre microorganismes.

Cultures. — L'ensemencement des deux chancres expérimentaux sur sang gélosé fournit des résultats différents : la pustule du côté gauche donne naissance à des colonies de bacille de Ducrey à l'état de pureté ; celle du côté droit, rompue avant le prélèvement du pus, a été contaminée

par le staphylocoque blanc, et la surface du sang gélosé a été rapidement envahie par cette impureté. Mêmes résultats sur sérum de lapin.

Le 27. La pustule du côté droit est toujours recouverte de sa mince couche épidermique ; à gauche, au contraire, petite ulcération taillée à pic, à fond sanieux ; la zone inflammatoire qui entoure les deux pustules présente un égal diamètre (1 centimètre environ).

Le 29. Aux deux points d'inoculation, ulcérations rondes, taillées à pic, à bords décollés, de 3 millimètres de diamètre, constituant des chancres expérimentaux absolument typiques.

Des quatre ulcérations dues à la première inoculation pratiquée le 15 novembre, traitées par la teinture d'iode et les pansements iodoformés, trois sont guéries ; la quatrième persiste présentant les mêmes caractères cliniques (ulcération taillée à l'emporte-pièce, bords décollés, fond sanieux, halo rouge foncé).

Le chancre de la jambe est entièrement cicatrisé ; le bubon a presque complètement disparu ; à sa place persiste seulement une induration diffuse et un petit trajet fistuleux correspondant à l'incision. Les chancres d'inoculation sont cautérisés au nitrate d'argent.

Le 3 décembre. Le bubon s'est complètement résorbé ; cicatrice légèrement adhérente au niveau de l'incision.

Le 10. Le malade quitte l'hôpital, toutes les ulcérations étant enfin complètement cicatrisées.

Obs. II. — *Chancre mou de la cuisse ; herpès de la verge.* — Oscar Deg..., âgé de 43 ans, tonnelier, entre dans le service de M. le professeur Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe, lit n° 9 *bis*, le 15 novembre 1900, parce qu'il est atteint depuis cinq ans de myélite syphilitique, et surtout parce qu'il présente au niveau de la verge plusieurs ulcérations. « Je ne croyais pas, disait le malade, qu'on *pût* contracter deux fois la vérole. » Mais ce qui l'ennuyait le plus, c'était d'avoir contracté ces ulcérations sans avoir vu de femme depuis trois mois.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente, en effet, trois petites ulcérations, dont deux siégeant sur la verge, la troisième sur la cuisse droite. Les ulcérations de la verge sont situées sur le prépuce, mais sur la face externe de ce repli. Elles sont disposées symétriquement à droite et à gauche de la ligne médiane. L'ulcération de gauche est légèrement surélevée, à contours polycycliques. C'est une ulcération rosée, recouverte d'un léger enduit vernissé qui se reproduit en quelques instants lorsqu'on vient à presser sur la base de l'ulcération.

L'ulcération de droite est un peu plus étendue (de la dimension de l'ongle du petit doigt environ). Elle est aussi plus profonde que celle du côté gauche ; les contours en sont encore plus nettement polycycliques. L'ulcération pleure, comme celle du côté gauche.

A la cuisse existe un peu de rougeur des téguments, avec une ulcération très superficielle, occupant approximativement la région correspondant au sommet du triangle de Scarpa. Le début de l'affection remonte à dix jours avant l'entrée à l'hôpital ; le mal avait débuté par une petite rougeur du côté droit, à laquelle avait fait suite au bout de quatre jours une ulcération.

L'ulcération du côté gauche a débuté de la même façon, mais cinq ou six jours après la première. Quant à la rougeur de la cuisse, elle remontait à deux jours avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Mardi 20 novembre. Aujourd'hui les caractères des ulcérations ne sont pas partout les mêmes. Les ulcérations de la verge ont un pourtour un peu moins polycyclique; elles pleurent moins que les jours précédents, à gauche même l'ulcération semble presque sèche.

Puis la petite élevure de la cuisse s'est creusée vers son milieu, en une petite ulcération profonde, à bord décollés, comme taillés à pic, et à fond suppurant un peu, ressemblant fort à un chancre mou.

Après la visite, des inoculations d'épreuve sont pratiquées par M. Griffon sur la peau du ventre : à droite, inoculation avec le pus de la cuisse; à gauche, inoculation avec celui de l'ulcération gauche de la verge.

Le 21. Pas de changement. Rien de nouveau aux points inoculés.

Le 22. On constate aujourd'hui de notables variations de dimensions au niveau des ulcérations de la verge; elles ont diminué d'étendue; leurs contours sont moins nettement polycycliques. Quant à l'ulcération de la cuisse, elle conserve toujours son aspect chancrelleux.

L'inoculation de la partie droite de la paroi abdominale (pus venant de la lésion de la cuisse) commence à donner un résultat appréciable : petite zone érythémateuse avec point central un peu vésiculeux.

Le 23. Aucune lésion au niveau de la piqûre de la partie gauche de la paroi abdominale (inoculation des lésions de la verge).

A droite, la jeune lésion progresse et prend l'aspect du chancre mou d'inoculation : petite pustule entourée d'une auréole rouge, et dont la cuticule épidermique ne tarde pas à se rompre. L'examen bactériologique du contenu de cette petite bulle montre du bacille de Ducrey à l'état pur.

Le 24. Les ulcérations de la verge continuent à diminuer d'étendue et évoluent manifestement vers la cicatrisation. Ce sont des plaies de vésicules d'herpès.

La lésion de la cuisse garde le même aspect que les jours précédents, et, quoique n'augmentant pas de surface, elle prend tout à fait les caractères d'un petit chancre mou. On la stérilise, on la débarrasse des germes saprophytiques en faisant un attouchement avec la teinture d'iode; on fait subir la même manipulation au chancre d'inoculation situé sur la paroi abdominale.

Le 26. Les deux chancres mous (cuisse et ventre) ont aujourd'hui la disposition d'une petite phlyctène non rompue. On les ensemence séparément sur des tubes de sang gélosé.

Le 27. La culture de ces pus de sources différentes donne des colonies de bacille de Ducrey à l'état pur.

Le 30. Les ulcérations de la verge ont presque totalement disparu.

L'ulcération de la cuisse a maintenant les bords taillés à pic et a pris l'aspect clinique du chancre mou.

Le chancre d'inoculation fait des progrès mais n'a pas les bords taillés très à pic.

3 décembre. Pansements à l'iodoforme sur les deux ulcérations de la cuisse et du ventre.

Le 7. Application de pansements humides sur les plaies qui sont recouvertes de croûtes.

Le 10. Les pansements à l'iodoforme et les pansements humides sont alternés tous les deux ou trois jours.

L'ulcération de la cuisse se ferme rapidement.

Le chancre d'inoculation continue à suppurer.

Le 12. L'ulcération de la cuisse s'est fermée. Le chancre d'inoculation s'améliore très légèrement.

Le 15. L'amélioration s'accentue.

Le 17. La plaie est moins profonde que les jours précédents ; elle n'est plus entourée de son cercle rougeâtre. On pratique une cautérisation de la surface ulcérée au crayon de nitrate d'argent.

Le 21. Les lésions herpétiques de la verge sont depuis plusieurs jours complètement guéries.

La cuisse offre à la place du chancre mou une cicatrice légèrement croûteuse, entourée d'une auréole d'un rouge violacé ; mais le tégument est souple à ce niveau.

Le chancre expérimental abdominal est également guéri ; la cautérisation au nitrate d'argent a été vraiment efficace. La cicatrice est souple, un peu croûteuse, on n'observe pas d'auréole rouge la circonscrivant.

Le malade est guéri et va à Vincennes passer une quinzaine de jours.

Obs. III. — *Chancre simple anal.* — Jeanne M..., âgée de 25 ans, mécanicienne, entre dans le service de M. Thibierge, à l'hôpital de la Pitié, le 10 décembre 1900.

Antécédents vénériens. — Vaginite blennorrhagique depuis un an environ.

Vers la fin du mois de novembre, la malade, qui ressentait, depuis quelques jours, un prurit anal intense, remarque l'existence d'une petite tumeur, allongée parallèlement aux plis radiés de l'anus, tumeur présentant au niveau de l'orifice même de l'anus une petite ulcération. La malade se contente pendant plusieurs jours de pratiquer des lavages des parties malades et des applications de vaseline boriquée.

La défécation devenant très douloureuse, la malade entre à l'hôpital.

A ce moment, on trouve au niveau du cadran antérieur gauche de l'anus, une ulcération irrégulière, à bords décollés, à fond grisâtre, saignant facilement, mesurant 4 millimètres sur 5. L'ulcération occupe l'extrémité interne d'une tumeur allongée, rouge, légèrement indurée, du volume d'un noyau d'olive.

Examen du pus. — Leucocytes polynucléaires, et très nombreux bacilles de Ducrey, souvent disposés en chaînettes de 5 à 6 éléments.

Le 13. A midi, inoculation à la peau du ventre d'une trace du pus du chancre anal, recouverte d'un verre de montre.

Le 14. Légère rougeur au niveau du point d'inoculation.

Le 15. A midi, petite pustule de 2 millimètres de diamètre.

A 5 heures du soir, le pus de la pustule, qui n'est pas encore rompue, est ensemencé sur sang gélosé.

Le 16, à dix heures du matin, c'est-à-dire dix-sept heures après l'ensemencement, on trouve une vingtaine de petites colonies, disséminées à la surface du sang gélosé. Dans le liquide de condensation, longues chaînettes du bacille de Ducrey.

Le 17, les colonies ont acquis un développement suffisant pour être facilement examinées : elles sont formées de bacille de Ducrey à l'état pur.

Le même jour, après avoir désinfecté soigneusement le chancre anal et l'avoir maintenu sous pansement stérile pendant vingt-quatre heures, une tentative de culture directe de pus chancreux sur sang gélosé est faite. Le lendemain, de très nombreuses colonies du colibacille ont envahi toute la surface du milieu de culture.

19 décembre. Le chancre expérimental, cautérisé énergiquement à deux reprises au nitrate d'argent, est déjà guéri. La malade sort sur sa demande après cautérisation de son chancre anal.

Obs. IV (sera publiée prochainement *in extenso* par MM. Gérard-Marchant et L.-G. Simon). — *Bubon chancrelleux; culture positive du bacille de Ducrey sur sang gélosé.*

Résumé de l'histoire clinique. — Eugène R..., employé de commerce, entre à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. Gérard-Marchant (pavillon des septiques), le 4 janvier 1901, porteur d'un chancre mou sur la partie latérale droite du fourreau de la verge, et d'un gros bubon dans le pli de l'aine du même côté droit.

Le chancre mou est apparu le 20 décembre 1900, huit jours après un coït suspect, d'après les renseignements du malade. Trois jours après, le 23 décembre, apparaît dans l'aine droite (groupe ganglionnaire supéro-externe) un ganglion qui s'hypertrophie progressivement.

Lors de l'entrée à l'hôpital, le bubon est gros comme un œuf de dinde, allongé parallèlement au pli de l'aine, chaud, très rouge, fluctuant, presque indolore.

L'ulcération de la verge a la dimension d'une pièce de un franc; elle est plate, suppurante.

Le 7 janvier, on incise le bubon, après avoir prélevé du pus pour l'examen bactériologique avec les précautions suivantes : après antisepsie de la peau, on fait une courte incision au bistouri, qui n'entame que les couches superficielles; entre les deux lèvres de l'incision, on enfonce brusquement la pointe d'une pipette stérilisée, et on aspire le pus du centre de l'abcès, avec lequel on ensemence assez largement un premier tube de *sang gélosé.*

Puis, l'incision chirurgicale ayant permis d'évacuer tout le pus collecté, on gratte avec une curette (stérilisée à l'autoclave) la paroi de la poche de l'abcès, et on ensemence ce produit de raclage sur un second tube de *sang gélosé.*

Il était intéressant, en effet, de faire une distinction entre le pus collecté à la partie centrale de l'abcès, et le pus encore infiltré dans la paroi.

Analyse bactériologique. — Les deux tubes ainsi ensemencés, mis aussitôt à l'étuve à 37°, ont présenté au bout de vingt-quatre heures des colonies de bacille de Ducrey absolument conformes, à l'œil nu comme au microscope, à la description que nous avons donnée dans les observations précédentes. Plus nombreuses à la surface du tube ensemencé avec le pus du centre du bubon, les colonies sont restées en nombre relativement restreint dans la culture primitive; les repiquages ont donné, par contre, un développement d'abondandes colonies.

Les caractères objectifs de ces colonies sont très nets : saillies arrondies, brillantes, non confluentes. Au microscope, l'aspect est typique, et

l'on retrouve dans les cultures les deux formes différentes suivant qu'il s'agit d'une colonie développée sur la partie solide du milieu, ou d'une goutte du liquide condensé à la partie déclive du tube : dans le premier cas, bacilles isolés, colorables seulement aux extrémités, ou bacilles disposés en courtes chaînettes groupées parallèlement en amas ; dans le deuxième cas, chaînettes grêles, flexueuses et capricieuses, d'une longueur souvent considérable. Le microbe ne reste pas coloré par la méthode de Gram.

Repiquées sur gélose-ascite, les colonies ne se développent pas.

En somme, ce nouveau cas de bubon chancrelleux a montré que même avec le pus, si souvent nécrosé, du centre de l'abcès, on pouvait obtenir d'emblée des colonies de bacille de Ducrey.

Conclusions. — Le bacille de Ducrey peut se multiplier sur les milieux de culture, si on l'ensemence sur un terrain organique, à base de sang non modifié, comme le *sang gélosé.*

Sur ce milieu, de formule précise, on peut obtenir des cultures en partant directement du chancre mou primitif, du chancre d'inoculation, ou du bubon chancrelleux.

Les colonies qui apparaissent sur la partie solide du milieu de culture sont constituées par des bacilles qui présentent les caractères morphologiques assignés par les auteurs au microbe du chancre mou ; ces bacilles sont isolés ou en courtes chaînettes groupées parallèlement en amas.

Dans le liquide *condensé* à la partie déclive des tubes de sang gélosé, le bacille se dispose en chaînettes très longues, grêles et ondulées, d'un aspect très particulier.

Dans une autre variété de milieu liquide, le *sérum non coagulé de lapin*, le bacille se développe également bien, mais en chaînettes plus courtes, très flexueuses, rappelant celles du streptocoque.

La vitalité est courte en sérum de lapin ; elle est, par contre, très durable sur le sang gélosé, et se prolonge pendant des semaines.

La virulence se conserve également bien sur le sang gélosé ; une colonie provenant d'une culture de onzième génération, inoculée à un malade, a reproduit un chancre mou typique.

Nous avons désormais à notre disposition, pour la culture du bacille de Ducrey, un milieu *défini* qu'on pourra utiliser en pratique. De plus, la question si controversée de la virulence ou de la non-virulence, de la stérilité ou de la non-stérilité du pus du bubon chancrelleux pourra maintenant recevoir, par l'étude d'un plus grand nombre de cas, une solution définitive.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LEUCOPLASIE VULVO-ANALE SES RAPPORTS AVEC LE KRAUROSIS VULVÆ SON TRAITEMENT

Par le Dr **Léon Perrin** (de Marseille).

Dans la leucoplasie des régions vulvaire et anale, comme dans toutes les autres leucoplasies — (bucco-linguale, balano-préputiale, de l'appareil urinaire, des muqueuses du rectum et de la trachée rétrécies, du larynx, de l'oreille moyenne, etc.) — c'est toujours au cours d'une inflammation chronique provoquée et entretenue par des irritations prolongées et réitérées que les plaques blanches se produisent. Au niveau de ces plaques on constate, au point de vue microscopique, de la sclérose dermique et la transformation d'un épithélium pavimenteux ou cylindrique en épiderme épais, corné. Cliniquement enfin, l'affection est chronique, tenace, rebelle et peut dégénérer en cancer.

Si cette transformation n'est pas fatale, il n'est pas moins vrai que toute leucoplasie peut évoluer soit vers le néoplasme bénin, le papillome, lequel peut dégénérer, soit vers le néoplasme malin, l'épithélioma. Dans ce dernier cas, la dégénérescence cancéreuse se fait au niveau d'une fissuration, c'est le processus le plus fréquent, ou par transformation in situ des éléments leucoplasiques. Ce second mode pathogénique de l'épithélioma leucoplasique permet de ne pas considérer la dégénérescence cancéreuse comme un simple accident de la leucoplasie, mais bien plutôt comme un stade évolutif ultime de celle-ci.

Tels sont, d'une manière générale, les faits qui paraissent actuellement bien établis dans l'histoire des leucoplasies.

Étudiée en particulier, chaque leucoplasie, suivant sa localisation, présente de plus un certain nombre de problèmes intéressants : pour la leucokératose bucco-linguale, ce sont ses rapports avec la syphilis; pour la leucokératose des organes génitaux externes de la femme, c'est son rapport avec le kraurosis de la vulve.

Notre but, dans ce travail, est de montrer, en premier lieu, d'après les faits et les examens histologiques que nous rapportons, que le kraurosis et la leucoplasie vulvaire ne sont que deux degrés d'une même affection, et en second lieu, au point de vue thérapeutique, que l'intervention chirurgicale radicale et précoce, quand elle est possible, doit se substituer à toute médication topique. Elle constitue, en effet, le seul traitement qui mette les malades à l'abri de la terminaison

toujours à redouter, de l'évolution vers l'épithélioma. Pour éviter cette terminaison, il ne faut pas attendre qu'elle se produise, il faut la prévenir, il faut opérer alors qu'il n'y en a pas vestige, autant qu'on peut le croire par les caractères objectifs des lésions. D'ailleurs, comme résultat immédiat, l'extirpation totale des plaques kératosiques, comme le démontrent les observations suivantes, est seule capable de faire disparaître les symptômes déterminés par la leucoplasie.

Obs. I. — *Leucoplasie vulvaire développée à la partie supérieure de la vulve et au niveau de la commissure postérieure.* — F..., âgée de 61 ans, se présente de la part du Dr J. Bourdillon à notre policlinique dermato-syphiligraphique, au mois d'avril 1897, pour du prurit vulvaire dont elle souffre depuis cinq à six mois.

C'est une femme encore robuste, jouissant d'une bonne santé ; elle a eu deux enfants, les accouchements ont été faciles, les enfants sont vivants ; ils ont, l'un 33 ans, l'autre 30 ans ; elle n'a jamais fait de maladie sérieuse ; la ménopause s'est établie il y a treize ans, à l'âge de 48 ans. Pas de syphilis, d'infection gonococcique, pas de diabète.

On constate sur les organes génitaux externes des plaques blanches à la partie supérieure de la vulve et au niveau de la commissure postérieure. Ces plaques sont d'un blanc laiteux ; ce n'est pas un simple exsudat de surface, mais une infiltration qui n'est pas séparable de la muqueuse, même par le grattage. En haut, elles siègent au-dessus du méat urinaire, au niveau du vestibule, sur la région clitoridienne, sur les régions voisines, le prépuce du clitoris, l'insertion des petites lèvres. Celles-ci ont à peu près complètement disparu, elles s'effacent quand on entr'ouvre la vulve ; le clitoris est atrophié et fait à peine une petite saillie arrondie, enfoncée dans une sorte de dépression rigide formée par les plaques blanches qui sont dures et rudes au toucher. Ces plaques sont blanchâtres et nacrées, leur surface est lisse en certains points, rugueuse, parcheminée en d'autres. A la palpation, elles présentent une résistance manifeste.

Les grandes lèvres sont diminuées de volume, elles sont décolorées et réduites à deux bourrelets.

Au niveau de la commissure postérieure de la vulve existent aussi des plaques d'un blanc nacré, formant une surface continue d'une étendue de 2 centimètres dans le sens tranversal, mais ne dépassant pas dans le sens antéro-postérieur l'entrée du vagin.

Le vagin ni l'utérus ne présentent rien d'anormal, l'orifice vulvaire seul paraît rétréci, atrésié, limité par un pourtour rigide.

L'affection est le siège de démangeaisons vives qui troublent souvent le sommeil ; dans le jour, elles sont supportables ; les mictions ne sont douloureuses que lorsqu'il existe des excoriations produites par le grattage.

L'état général de cette femme est très bon ; toutes les fonctions sont normales. Les divers traitements suivis, lavages à l'eau chaude avec des solutions de sublimé, d'acide phénique, etc., ne donnant que des accalmies, la malade se décide à une intervention chirurgicale. Celle-ci est pratiquée le 2 juin 1898, par M. le Dr Maurice Jourdan.

Après anesthésie par le chloroforme, excision large non seulement de

toutes les parties atteintes de leucoplasie, mais de toute la vulve dans sa moitié supérieure, en traçant en dehors des grandes lèvres des incisions latérales réunies transversalement par une incision passant au-dessus du méat urinaire et en haut par une autre incision à concavité inférieure passant au-dessus de la région clitoridienne. Au niveau de la commissure postérieure, tracé d'un lambeau formant un croissant à concavité supérieure. Ces lambeaux disséqués et les parties excisées, réunion facile par des sutures profondes et superficielles. La réunion par première intention est obtenue ; guérison au bout de neuf jours. Dès le jour même de l'opération, les démangeaisons ont cessé et n'ont plus reparu depuis deux ans et demi que la malade a été opérée. Aucune nouvelle plaque blanche ne s'est reproduite.

Examen microscopique, par le Dr Pilliet. — *Coupes de la région clitoridienne.* Les papilles dermiques sont très hautes et la couche cornée extrêmement épaisse à la surface, mais dans le sillon les papilles s'effacent et la couche cornée disparaît. La leucoplasie n'existe donc que par plaques. Le tissu sous-jacent est fibreux, il contient très peu de muscles, mais il est abondant en vaisseaux lymphatiques enflammés.

Coupes de la région voisine. C'est une région pileuse ; les bulbes y sont très abondants, volumineux, les tiges de poils restées en place sont, au contraire, extrêmement grêles et les glandes sébacées à peu près totalement atrophiées, même au contact des bulbes pileux. Les glandes sudoripares sont mieux conservées. Ici tout le plan papillaire est épaissi et enflammé, comme dans une inflammation subaiguë. Le corps de Malpighi est épaissi, et la couche cornée existe beaucoup plus développée qu'à l'état normal, mais beaucoup moins que sur la plaque citée plus haut.

Coupes de la commissure. Les lésions en ce point sont d'ordre atrophique, les papilles sont aplaties et ont en grande partie disparu, l'épiderme est mince, à peu près sans couche cornée. Il repose sur une plaque fibreuse qui remplace le derme et qui offre l'aspect d'un tissu de cicatrices, sauf qu'elle est parsemée de nombreux vaisseaux lymphatiques portant des traces d'inflammation. Au-dessous se trouvent les muscles lisses et striés de la région.

En résumé, leucoplasie à distribution très inégale, mais ne présentant en aucun des points examinés des menaces de pénétration épithéliale profonde et d'évolution maligne.

Obs. II. — *Leucoplasie vulvaire et anale.* — Mme X..., âgée de 54 ans, habitant Le Luc (Var), m'est adressée au mois de février 1898, par son médecin, M. le Dr Simon, pour une affection très prurigineuse des organes génitaux externes, remontant à quinze ans.

La mère de la malade est morte à 72 ans d'une tumeur abdominale, son père à 86 ans. Quant à elle, elle a eu deux enfants, une fille âgée de 30 ans, bien portante, une autre qui est morte en bas âge. Rien à relever dans les antécédents de la malade ; pas de syphilis, pas d'affections utérines ou vaginales, ménopause il y a dix ans. Les urines, analysées à diverses reprises, n'ont jamais présenté ni sucre, ni albumine.

Depuis quinze ans, cette femme souffre de prurit vulvaire, qui est

devenu absolument intolérable depuis six à sept mois. Ce sont des démangeaisons d'une violence extrême, s'accompagnant d'une sensation de tension, de cuissons, de brûlure, empêchant le sommeil ; la malade est, dit-elle, obligée de prendre plusieurs fois dans la journée des bains de siège prolongés et à chaque instant du jour et de la nuit de faire des lavages. Les besoins d'uriner sont fréquents et, à certains moments, les mictions sont douloureuses.

L'examen des organes génitaux externes fait constater l'état suivant. La vulve présente le type infantile : les poils environnant l'entrée vaginale sont rares, minces et ras, les grandes et les petites lèvres sont profondément altérées.

Les grandes lèvres, fortement rétractées, sont réduites à deux espèces de bourrelets, au niveau desquels la peau est lisse, brillante, sèche et excoriée par les grattages. Les petites lèvres sont atrophiées, manquent presque en totalité ; elles ne sont percevables que dans leur partie supérieure. Dans la région clitoridienne, le frein et le prépuce ne peuvent plus être constatés, le gland du clitoris disparaît, caché sous la muqueuse épaissie et blanchâtre. Toute la région comprise entre le clitoris et le méat urinaire est occupée par des plaques blanches ; quelques-unes existent au niveau de l'orifice de l'urèthre, qui est situé profondément, comme rétracté. Ces plaques sont d'un blanc nacré, formant une surface continue qui s'étend sur toute la région supérieure de la vulve ; elles sont légèrement saillantes ; leur surface est tantôt lisse, mince, tantôt rugueuse, irrégulière, grenue, présentant en quelques points de petites excroissances un peu acuminées, dures, cornées, mais n'arrivant pourtant pas à avoir l'aspect papillomateux. A la palpation, la plaque leucoplasique présente une induration bien nette ; la surface est sèche, résistante, parcheminée. Il n'y a en aucun point des régions malades d'ulcérations ni de fissurations, mais sur les bords et les faces des grandes lèvres, de nombreuses excoriations produites par les ongles.

L'orifice vaginal présente une atrésie manifeste, mais le doigt introduit dans le vagin ne constate rien d'anormal, l'utérus est sain. La partie inférieure de la vulve, au niveau de la fourchette, n'est pas le siège de plaques leucoplasiques comme dans l'observation précédente. Mais celles-ci existent au niveau d'anciennes tumeurs hémorrhoïdaires flasques, de marisques, implantées irrégulièrement sur les côtés de l'anus, en avant et en arrière. Ces tumeurs, les unes aplaties, les autres allongées, de volume divers, séparées par des sillons, sont souples, mollasses et recouvertes de plaques lisses, adhérentes, d'un blanc laiteux, comme si on avait cautérisé la muqueuse avec un crayon de nitrate d'argent. Ces plaques sont moins anciennes que celles situées à la partie supérieure de la vulve, elles ne dateraient que d'une année, mais elles sont le siège de démangeaisons très vives.

En présence de l'échec de toutes les médications qui avaient été employées, de plusieurs cures thermales et du retentissement de la maladie sur la santé générale (amaigrissement, diminution des forces, insomnie, névropathie, etc.), l'intervention chirurgicale que nous proposons est acceptée. Le 13 mai 1898, après chloroformisation, M. le Dr Pantaloni

opère la malade à sa clinique. Large excision de toute la partie supérieure de la vulve, du méat urinaire au mont de Vénus, et latéralement au niveau de la face externe des grandes lèvres ; réunion par des sutures profondes et superficielles.

Les plaques siégeant au niveau de l'orifice de l'urèthre sont aussi excisées et le méat est reconstitué par un certain nombre de points de suture fixant la muqueuse du canal à la peau.

Au niveau de la région anale, chacune des tumeurs flasques isolées est saisie au moyen d'une pince à griffes, légèrement attirée pour la tendre, puis excisée avec le bistouri ; les lèvres de la plaie sont ensuite réunies par un ou deux points de suture au crin de Florence. Pour les tumeurs formant bourrelet, l'ablation en est faite également au bistouri, en conservant le plus de peau possible pour éviter la formation d'un rétrécissement ultérieur.

Les suites opératoires furent très simples : réunion immédiate obtenue aussi bien au niveau de la vulve qu'à la marge de l'anus et, dix jours après son opération, la malade pouvait quitter la clinique du Dr Pantaloni et rentrer chez elle.

Le bénéfice de l'intervention fut manifeste dès le premier jour : le prurit cessa complètement; la première nuit qui suivit l'opération, la malade, qui depuis plusieurs mois passait les nuits à se lotionner et à se baigner, put dormir parfaitement.

L'ablation des plaques leucoplasiques date actuellement de deux ans et demi, la femme reste bien portante et n'a plus éprouvé de prurit.

Examen microscopique, par le Dr A. Pilliet. — 1° *Région clitoridienne.* L'épiderme est d'une épaisseur moyenne, la couche cornée peu marquée, la couche à éléidine très faible. Les papilles marquées sur la ligne médiane s'affaissent et finissent par disparaître sur le côté; l'épiderme est alors mince et forme une couche plate, uniforme.

Dans les papilles et au-dessous d'elles, existe une inflammation assez intense qu'on peut comparer, bien qu'elle soit moins forte, à celle que présente la dermatite exfoliatrice, pour la distribution des éléments inflammatoires, qui sont des cellules diapédésiées, mais fixées à leur nouvel habitat et possédant des noyaux volumineux sphériques. Ces lésions inflammatoires se retrouvent beaucoup moins intenses, distribuées suivant le réseau lymphatique dans la profondeur et dans les parties latérales.

Le tissu conjonctif qui forme le reste du tissu est fibreux ; il englobe un assez grand nombre de fibres lisses, mais on ne voit plus de vaisseaux érectiles, de capillaires dilatés. Il n'existe pas non plus de poils ni de glandes sébacées. Nous avons retrouvé en un point des coupes, à la périphérie, une glande sudoripare en voie d'atrophie.

2° *Petite lèvre.* — Cette coupe de la région sous-jacente à la première ne donne en aucune façon l'idée de la structure connue des tissus en ce point. L'épiderme est plus épais ; en quelques points il couvre des papilles développées et enflammées ; puis, au voisinage de ces mêmes points les papilles disparaissent et l'épiderme s'aplatit. La couche à éléidine est assez peu marquée, la couche cornée épaisse.

Le derme présente le même tissu fibreux, peu enflammé, parcouru seulement par des traînées de cellules rondes qui escortent les lymphatiques et englobent un grand nombre de faisceaux de fibres lisses. Comme dans les coupes précédentes, les vaisseaux sanguins ont subi un épaississement fibreux considérable. Les nerfs sont très difficiles à observer et paraissent fort rares.

3° *Coupes au niveau de la région anale.* — Les deux fragments envoyés ont été examinés : les résultats sont ici un peu différents et les caractères de la leucoplasie s'accusent bien davantage. L'épiderme est extrêmement épais, ainsi que sa couche cornée ; l'éléidine est très abondante, elle remplit les cellules qui sont énormes ; la kératinisation se fait avec intensité. Les papilles pointues, hautes, enflammées, découpent et morcellent les prolongements épithéliaux profonds qui forment, dans le derme, des réseaux dans lesquels se voient des globes de cellules kératinisées. Ces réseaux sont plongés dans le tissu conjonctif enflammé des papilles, tissu tellement chargé de cellules que les fibres conjonctives ont disparu et qu'il n'existe plus que des fibrilles. L'aspect de certains points serait donc celui d'un épithélioma au début si tous ces prolongements épithéliaux ne se montraient pas nettement reliés entre eux et au corps de Malpighi. On ne voit, en effet, aucun groupement épithélial isolé dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Le tissu sous-jacent est surtout fibreux ; il contient un grand nombre de vaisseaux scléreux.

RAPPORTS DU KRAUROSIS VULVÆ AVEC LA LEUCOPLASIE

Cette dernière observation présente le plus grand intérêt soit au point de vue clinique, soit au point de vue histologique. Aux caractères cliniques que présentaient les plaques leucoplasiques suivant leur degré d'ancienneté, correspondent des caractères anatomiques différents : les coupes des plaques de la région anale, plaques de date récente, un an environ, montrent qu'il s'agit là d'une *leucoplasie type avec une tendance à la végétation dans les parties profondes*, particularité caractéristique qui se retrouve dans les descriptions de Reclus, L. Perrin, Pichevin et Pettit, Le Dentu, etc., tandis que pour les coupes des plaques de la région vulvaire, plaques datant d'une quinzaine d'années, le fait dominant est la *faible quantité d'éléidine*, la *disparition des vaisseaux*, l'*aplatissement des papilles*. Ce sont là, au point de vue histologique, les caractères du kraurosis vulvæ (Breisky) (1), caractères essentiels de cette affection, d'après Pichevin et Pettit (2) et qui permettent de distinguer le kraurosis de la leucoplasie.

Chez notre malade, les deux ordres de lésions se retrouvent avec des transitions ; aussi nous semble-t-il que cette observation montre que le *kraurosis et la leucoplasie ne sont que deux degrés d'une*

(1) Breisky. *Zeitsch. f. Heilkunde,* Bd VI, Hft I, p. 69.
(2) Pichevin et Pettit. *La Semaine gynécologique,* 1897, n° 7, p. 48.

même affection ; si d'autres examens histologiques aussi démonstratifs que celui que nous devons à notre regretté collègue et ami Pilliet étaient publiés, le kraurosis de la vulve ne devrait plus être considéré comme une maladie inédite, comme une entité morbide, ainsi que l'a décrite Breisky.

On sait, en effet, que cet auteur, comme il le dit dans son mémoire, après avoir cherché inutilement dans le cadre nosologique, surtout dans celui des processus atrophiques de la peau, une affection comparable à celle qu'il avait observée sur les organes génitaux externes de la femme, lui avait appliqué le nom de kraurosis (κραυρωσις, rétraction) de la vulve, qui ne préjugeait rien de la nature de cette atrophie et qui mettait seulement en relief le phénomène clinique essentiel du processus.

Pour Breisky et ceux (1) qui se sont occupés, après lui, de cette question, le kraurosis est une affection rare, passant souvent inaperçue ; son début est, en effet, insidieux ; sa marche lente. Le prurit est un des premiers symptômes, il est plus ou moins violent ; mais ce qui est spécial à la maladie, c'est *l'existence de plaques blanches*, non saillantes, non ulcérées, peu nombreuses, siégeant de préférence au voisinage du clitoris. La vulve prend, pour ainsi dire, le type infantile ; l'orifice vaginal est rétréci ; la peau et la muqueuse présentent à ce niveau, dans la moitié supérieure de la vulve surtout, un aspect lisse, vernissé et comme cicatriciel ; la structure plissée du vagin n'existe plus. Au toucher, muqueuse et peau offrent une sensation très nette de sécheresse et de rudesse.

En résumé : *démangeaisons, rétrécissement de la vulve et plaques blanches*, tels sont les phénomènes qui caractérisent cliniquement le kraurosis de la vulve.

Ne sont-ce pas là aussi les mêmes signes cliniques par lesquels se manifeste la leucoplasie vulvo-vaginale? Dans les deux affections on trouve donc la même symptomatologie, la même marche, nous pouvons ajouter la même terminaison ; c'est, enfin, le même traitement qui est appliqué.

Pour la terminaison, on sait que la leucoplasie aboutit souvent à la transformation épithéliomateuse (Reclus (2), L. Perrin (3), etc.) ; le processus du kraurosis crée aussi des conditions favorables à des dégénérescences cancéreuses, ainsi que le montrent le cas rapporté par A. Martin (4) et celui plus récent de Pichevin et de A. Pettit (5).

Quant au traitement, il est identique dans les deux affections :

(1) R. Labusquière. *Annal. de gynécol. et d'obstétr.*, août 1897.
(2) P. Reclus. *Gazette hebdomad. de méd. et de chir.*, 1887, p. 430.
(3) L. Perrin. *Annal. de dermat. et de syphilig.*, novembre 1891.
(4) A. Martin. *Sammlung klinischer Vorträge*, 1894, n° 102, p. 167.
(5) Pichevin et Pettit. *Loc. cit.*

R. Labusquière note pour le kraurosis, dans les observations qu'il a relevées, l'échec du traitement médical et le bénéfice qu'ont retiré les malades d'une intervention radicale; les résultats d'une excision large et complète des parties atteintes ont été excellents et durables. Dans la leucoplasie, ainsi que le montrent toutes les observations publiées, et en particulier celles que nous donnons dans ce travail, l'intervention chirurgicale radicale et précoce est vraiment la seule méthode qui délivre immédiatement les malades du prurit incessant, intolérable parfois, qui les privait de tout repos. Le bénéfice n'est pas seulement immédiat, il est durable : dans les deux observations que nous rapportons, les malades ont été opérées depuis plus de deux ans et demi, et n'ont pas eu de récidive. Cette extirpation des plaques leucoplasiques doit, toutes les fois qu'elle est possible, être précoce et radicale (1); elle doit être pratiquée dans la période pré-épithéliomateuse de la leucoplasie, pour mettre les malades à l'abri de la terminaison toujours à redouter, de l'évolution vers l'épithélioma.

Nous ne savons pas, en effet, actuellement distinguer les leucoplasies bénignes des épithéliomas au stade leucoplasique; mais ce que nous savons bien, c'est que derrière les apparences d'une simple plaque papillomateuse le microscope peut révéler un début d'épithélioma incontestable.

(1) L. Perrin. De l'utilité de l'intervention chirurgicale précoce dans les leucokératoses de la bouche et de la vulve. *Ann. de dermatol.*, 1891.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 JANVIER 1901.

Présidence de M. Alfred Fournier

Sommaire. — Ouvrages offerts à la Société. — De l'action comparative du traitement local des syphilides ulcéreuses par l'eau bouillie et par le sublimé, par M. Hallopeau. (Discussion : M. Renault.) — Maladie de Raynaud, par M. Du Castel. (Discussion : M. Hallopeau.) — Érythème purpurique d'origine nerveuse, par M. Du Castel. (Discussion : M. Hallopeau.) — Gangrène des doigts chez un dément, par M. Du Castel. (Discussion : M. Renault.) — Syphilis aggravée par une variole intercurrente, par M. Du Castel. — Maladie de Raynaud, par M. A. Fournier et Sabareanu. — Sur une forme d'apparence bulleuse et rupioïde de psoriasis, par MM. Hallopeau et Lemierre. (Discussion : M. Du Castel.) — Gommes de l'avant-bras chez une hérédo-syphilitique, par MM. A. Fournier et Detot. — Tuberculide multiforme très étendue (note complémentaire). Traitement par les badigeonnages de collodion à l'ichtyol, par MM. Balzer et Alquier. (Discussion : MM. Darier, Balzer, Du Castel, Danlos.) — Syphilis héréditaire d'origine maternelle et paternelle probable. Accidents cutanés ulcéreux. Epistaxis. Mort subite au deuxième mois. Infiltration et dégénérescences généralisées à tous les viscères. Altérations prédominantes de la veine porte, de ses branches et des ganglions du mésentère, par MM. Gastou et Detot. (Discussion : MM. Barthélemy, Fournier, Leredde.) — Phagédénisme tertiaire de la verge chez un hérédo-syphilitique. Lésion cérébrale et idiotie chez un hérédo-syphilitique, par M. Edmond Fournier. (Discussion : MM. A. Fournier, Barthélemy.) — Alopécie atrophiante en clairière (pseudo-pelade de Brocq), par M. Darier. — Pseudo-pelade syphilitique à petits îlots multiples, par A. Fournier. (Discussion : MM. Brocq, Jacquet, Fournier, Darier, Hallopeau, Du Castel.) — Asphyxie des mains avec plaques de sphacèle cutané au-dessus du poignet droit, par M. Danlos. (Discussion : M. Morel-Lavallée.) — Adéno-lipomatose symétrique, par MM. A. Fournier et R. Bensaude. (Discussion : M. Gastou.) — Dermatite herpétiforme avec signe de Nikolsky. Kystes épidermiques multiples à la période terminale, par M. Danlos. — Le signe de Nikolsky dans le pemphigus, par M. W. Dubreuilh. — Sur une folliculite gonococcique, par MM. Hallopeau et Lemierre. (Discussion : MM. A. Fournier, Sée.) — Sur un cas d'arthropathies blennorrhagiques ayant nécessité l'amputation des deux gros orteils, par MM. Hallopeau et Lemierre. (Discussion : MM. A. Fournier, Morel-Lavallée.) — Syphilis mutilante du pied, perte de deux orteils, par M. Legrain. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

Ch. Audry. — Précis élémentaire des maladies vénériennes. Paris, 1901.

M. le professeur Neisser (de Breslau) offre à la Société :

1° Dix livraisons du *Stereoscopischer medicinische Atlas*.

2° *Verhandlungen der Breslauer dermatologische Gesellschaft.*

3° Une collection de tirages à part de ses travaux, comprenant notamment Einreibungskur *Sammlung klinischer Vorträge*, des extraits des *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft*, du *Vierteljahresschrift für Dermatologie*, etc.

4° Une série de thèses de ses élèves.

Böhm. Ueber die Excision der Syphilitischen Initialskerose, Breslau. — Haurwitz. Ein Beitrag zur Pathologie des Favus, Breslau, 1892. — Jacobi. Vier Fälle von Milzbrand beim Meinschen. Fribourg, 1890. — Juliusberg. Beiträge zur Kenntniss von den Geschwüren und Stricturen des Mastdarms, Breslau, 1884.— Nischkowsky. Zur Pathologie der chronischen Gonorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der Urethritis posterior, Breslau, 1890. — Protzek. Ueber extragenitale Primäraffekte und ihre Diagnose. Breslau, 1891.

5° Une suite de travaux de ses élèves, MM. Barlow, Berliner, Breslauer, Buschke, v. Düring, Eberth, Eckstein, Epstein, Falk, Fricke, Geyer, Golscheider, Halle, Harttung, Ittmann, Jadassohn, Janicke, Juliusberg, Klingmuller, Krösing, Landsberg, Lasch, Ledermann, Lion, Markuse, v. Marschalko, Mendelsohn, Munchheimer, Neuberger, Pinkus, Plato, Raab, Sachs, Schæffer, Schotlz, Schreiber, Steinschneider, Winternitz, Witte, Zuelzer.

En tout 147 brochures.

De l'action comparative du traitement local des syphilides ulcéreuses par l'eau bouillie et par le sublimé au 1/5000e.

Par M. Hallopeau.

Dans la dernière séance, M. A. Fournier a émis l'opinion que la persistance des ulcérations des plantes des pieds, chez un malade que nous avions l'honneur de présenter, était due à un pansement par des compresses imprégnées d'une solution de sublimé, et que c'était là un mauvais pansement. Nous lui avons répondu que nous l'avions constamment employé sans accidents dans la plupart de nos cas de syphilides ulcéreuses depuis dix-sept ans ; son innocuité est donc hors de cause; mais est-il réellement efficace? n'a-t-il d'autre utilité que d'assurer l'antisepsie et de préserver l'ulcération spécifique contre les infections secondaires? Nous nous sommes proposé d'élucider cette question, et voici un premier fait qui peut y contribuer :

Il s'agit d'une malade de la salle Lugol, âgée de 38 ans, entrée le 7 décembre 1900 pour des ulcérations rebelles de l'épaule droite, de la région cervicale et des jambes.

Au commencement de novembre 1900, cette femme a présenté divers accidents secondaires syphilitiques, et, entre autres, diverses formes de syphilides parmi lesquelles des lésions ulcéreuses. La première localisation de ces syphilides ulcéreuses a été la région sous-maxillaire droite;

ensuite l'épaule du même côté a été intéressée et il en a été de même des membres inférieurs.

Quatre semaines après leur début, ces ulcérations ont pris une extension telle que la malade est venue à l'hôpital.

Elle présentait à ce moment (7 décembre) les lésions suivantes :

1° *Du côté droit.* — Une ulcération de la région sous-maxillaire, creusée profondément;

Une ulcération de l'épaule droite s'étendant à la région sous-claviculaire, ovalaire, de 8 centimètres de longueur sur 4 de largeur, mais superficielle;

Une ulcération de même caractère à la région moyenne de la face antérieure de la cuisse, d'un diamètre de 2 centimètres environ;

Enfin, une ulcération de la jambe dans la région sus-malléolaire interne; celle-ci, à bords taillés à pic et creusée profondément, un peu plus étendue que la précédente.

2° *Du côté gauche.* — Au niveau de la jambe, deux ulcérations siégeant aux faces interne et postérieure. Celles-ci présentent le diamètre d'une pièce de 5 francs, leur bord est taillé à pic, leur fond profondément creusé.

Dès l'entrée de la malade, le traitement local suivant a été institué de la façon suivante, parallèlement au traitement général (6 centigrammes de protoiodure par jour) :

1° *Du côté droit.* — Pansement permanent par des compresses de tarlatane pliées en douze, imprégnées de la solution de sublimé au 1/5000, et recouvertes de taffetas gommé.

2° *Du côté gauche.* — Pansement avec les mêmes compresses imprégnées d'eau bouillie.

Depuis le 8 décembre les phénomènes de réparation se sont régulièrement accentués des deux côtés.

Mais, au bout d'un certain temps, l'on pouvait constater que, du côté gauche (eau bouillie), la réparation était moins rapide; les ulcérations bourgeonnaient mal.

Du côté droit au contraire (sublimé), les syphilides ulcéreuses bourgeonnaient rapidement pour bientôt prendre l'aspect de plaies simples.

Et actuellement on trouve les caractères comparatifs suivants :

Du côté gauche, traité par l'eau bouillie, les ulcérations, quoiqu'ayant diminué de moitié, restent déprimées au-dessous des parties saines, et elles bourgeonnent mal.

Du côté droit, traité par le sublimé au 1/5000, à part l'ulcération sus-malléolaire qui présente encore une perte de substance superficielle de quelques millimètres, toutes les autres ulcérations se sont complètement cicatrisées; seule, la coloration des téguments à leur niveau peut faire soupçonner leur étendue primitive.

Il résulte de ces faits que, chez cette malade, le pansement local avec des compresses imprégnées de la solution de sublimé a été non seulement d'une complète innocuité, mais encore un adjuvant utile du traitement général : *quod erat demonstrandum.*

J'ajouterai que je continue à employer avec les meilleurs résultats

pour les syphilomes rebelles de la langue le traitement à la fois local et général par les pastilles de sublimé à un demi-milligramme, sans aucun inconvénient pour les dents si les malades en ont soin.

M. Renault. — Il y aurait lieu de mettre en parallèle l'action des compresses imbibées d'une solution de sublimé et celle de l'emplâtre de Vigo en applications locales. On pourrait ainsi se rendre compte de la valeur respective de ces deux topiques.

Maladie de Raynaud.

Par M. Du Castel.

Pat..., horloger, âgé de 46 ans, entre le 27 décembre 1900 au pavillon Gabrielle, chambre 27, pour des crises douloureuses affectant le pied droit et s'accompagnant d'asphyxie locale et de troubles trophiques divers de la même région.

Rien de particulier à noter chez les ascendants. Parents morts l'un à 78, l'autre à 68 ans. Le père avait eu des coliques hépatiques. Pas d'alcoolisme.

Un frère et une sœur sont morts tout jeunes. Un frère actuellement vivant, âgé de 42 ans, avait contracté la syphilis entre 20 et 25 ans; il est en pleine évolution tabétique, dont le début remonte à une dizaine d'années.

Pat... a joui d'une bonne santé durant l'enfance et l'adolescence. Il a voyagé au Chili et en Bolivie. Il a contracté la syphilis au Chili, à l'âge de 29 ans. Chancre. Roséole. Plaques muqueuses buccales. A suivi un traitement pendant trois mois.

Trois ans plus tard, en 1886, il a présenté, à la suite d'une longue crise douloureuse dans le gros orteil gauche, une petite plaie sous l'ongle correspondant. Cette plaie, bien que régulièrement pansée, s'altéra, se gangréna et on fut obligé de désarticuler le gros orteil.

Depuis 1890 environ, tous les hivers, des douleurs survenaient dans le pied droit, douleurs constritives s'étendant au mollet, apparaissant pendant la marche, qu'elles entravaient brusquement, et disparaissant sous l'influence du repos.

Vers le mois de décembre 1897 apparut, sous l'ongle du deuxième orteil droit, un léger suintement qui finit par entraîner la chute de l'ongle. Le malade prit alors du sirop de Gibert et le mal s'arrêta.

En septembre 1900 surviennent des douleurs vives au talon et aux orteils du pied droit. Application d'emplâtre de Vigo. La douleur du talon cède ; celle des orteils persiste et augmente. Depuis ce moment surtout, le malade constate un état lisse et rouge violacé de tout le pied.

Vers octobre se produit à la pointe du gros orteil une petite fissure douloureuse et simultanément un suintement séreux sous l'ongle de cet orteil et du quatrième.

Le malade prenait toujours du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium.

Au commencement de novembre, on essaye des frictions, mais elles sont mal supportées (gingivite).

P.. prend alors des pilules de Dupuytren.

Le suintement ne cesse pas, l'ongle du quatrième orteil tombe spontanément et on arrache celui du gros orteil.

Depuis cette époque, les douleurs ont persisté ; la rougeur et la tuméfaction du pied se sont accentuées.

C'est alors que le malade entre à l'hôpital Saint-Louis.

Examen anatomique. — Le malade paraît bien constitué.

L'examen des organes thoraciques ne présente rien d'anormal. Au point de vue de la circulation sanguine, il est intéressant de noter une faiblesse notable du pouls radial droit ; du côté gauche, le pouls est presque imperceptible.

Pas de troubles vésicaux ou rectaux.

La sensibilité genérale est bien conservée.

Pas de signe de Romberg.

Pas de troubles oculaires.

Le sens du goût et celui de l'odorat sont très insuffisants ; mais il en a toujours été de même chez le malade.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Examen des membres inférieurs. — Le pied gauche est d'aspect tout à fait normal, abstraction faite de la désarticulation du gros orteil, qui a laissé une belle cicatrice.

Du côté droit on observe, à la hauteur du mollet, une cicatrice pigmentée, et à son voisinage une série de taches pigmentées qui se prolonge jusqu'au cou-de-pied.

Le cou-de-pied et le pied lui-même surtout, dans sa partie antérieure, sont uniformément tuméfiés. Toute la région des orteils et les parties avoisinantes de la plante et du dos du pied ont une teinte rose violacé ; la peau est lisse et comme phlegmasique. Le dos du pied et la face antérieure du cou-de-pied sont douloureux au contact. A la pointe du gros orteil il y a une plaque de nécrose superficielle recouvrant une ulcération et d'où sort un léger suintement ; aucun trouble de la sensibilité à ce niveau.

A l'extrémité du quatrième orteil, il existe de même un épaississement jaunâtre de l'épiderme qui laisse sourdre également un léger suintement séreux. (Observation recueillie par M. Weil, interne du service.)

En résumé, pied gauche actuellement normal, pied droit en état d'asphyxie très prononcée, avec plaques gangréneuses superficielles et ulcérations des orteils. Rétrécissement des artères sensibles à la palpation.

Il me paraît difficile d'incriminer la syphilis ; le traitement antisyphilitique rigoureusement suivi dans ces derniers temps n'a produit aucune amélioration.

Il me paraît plus naturel d'admettre qu'une atrésie congénitale ou acquise des artères s'unit au froid pour produire chaque hiver chez notre malade un complexus symptomatique qui a beaucoup des allures de la maladie de Raynaud.

M. Hallopeau. — Ce malade me paraît atteint de l'affection que j'ai décrite sous le nom d'acrodermatite suppurative continue.

Érythème purpurique d'origine nerveuse.

Par M. Du Castel.

Berthe V..., âgée de 19 ans, femme de chambre, entre le 7 décembre 1900, salle Gibert, n° 9, pour des ulcérations de la jambe gauche et une éruption abondante de taches d'aspect purpurique prédominante aux membres inférieurs.

Rien à relever chez les ascendants directs ou collatéraux. Un frère est vraisemblablement tuberculeux.

Berthe V... a toujours été bien portante. Rougeole légère dans l'enfance.

Réglée vers l'âge de 14 ans. Époques un peu variables dans leur date d'apparition.

Femme de chambre dans un hôtel, l'Exposition lui a valu cette année un surcroît de travail et elle semble avoir été surmenée.

Vers la fin de septembre, elle vit survenir à la partie inférieure des jambes quelques boutons. Quelques-uns se remplirent de liquide séro-sanguinolent, se rompirent, paraissent avoir été des bulles.

Trois ou quatre laissèrent après eux une ulcération.

Presque en même temps apparut sur toute la hauteur des membres inférieurs une éruption de taches rouges, irrégulières, pâlissant après quelques jours et laissant une coloration bleuâtre de la peau.

Après plusieurs semaines, des taches semblables se montrèrent sur les avant-bras, et, avec des alternatives d'effacement et de coloration plus vive, persistèrent jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

En même temps que l'éruption et dès les premiers boutons, s'étaient produits quelques troubles digestifs, en particulier une anorexie très nette, contrastant avec le bon appétit qu'avait toujours eu la malade jusque-là.

Berthe V... est une femme grande et d'apparence très robuste.

L'examen du corps montre, sur la jambe gauche, deux ulcérations, l'une assez étendue, de contour irrégulier, de la dimension d'une pièce de cinq francs environ, à bords taillés à pic ; l'autre est beaucoup plus petite. Ces ulcérations, qui sont le reliquat des premiers boutons qu'a présentés la malade, sont dans une zone un peu violacée, où l'on remarque quelques cicatrices anciennes.

On voit en outre sur toute la hauteur des jambes, sur les avant-bras, les bras jusqu'aux épaules exclusivement, une éruption de taches roses plutôt que rouges, irrégulières, de dimensions variant de celle d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis, légèrement saillantes; certains éléments semblent entourés d'une auréole blanche, vaso-constrictive.

Sur les deux seins, à l'entour du mamelon, une éruption très discrète de quelques taches analogues.

Sous l'influence des pansements humides et du repos, les ulcérations de la jambe gauche se cicatrisent assez rapidement. Mais de nouvelles éruptives remplacent celles qui pâlissent durant tout le cours de décembre et

les premiers jours de janvier. Il y a huit jours, vers le 2 janvier, s'est faite la dernière poussée éruptive sur les bras. D'une façon générale, dans cette dernière poussée comme dans les précédentes, les taches ont prédominé du côté de l'extension, respectant complètement la partie antérieure glabre du bras et de l'avant-bras.

Quand la poussée tend à diminuer, certaines taches pâlissent assez vite, d'autres deviennent nettement ecchymotiques, en particulier au niveau des membres inférieurs ; les taches avoisinent la région tibio-tarsienne. Enfin on voit se faire sur les jambes des sortes de placards pâles, ressemblant à des ecchymoses de teinte très atténuée.

L'état général s'est sensiblement amélioré, l'appétit a reparu depuis une quinzaine de jours.

L'examen des urines n'a donné à aucun moment de résultat important.

Le traitement a consisté au début en une potion au perchlorure de fer. La malade a été ensuite soumise à l'hydrothérapie ; c'est depuis lors que les accidents semblent s'atténuer. (Observation recueillie par M. Weil, interne du service.)

En l'absence de toute altération humorale importante, étant donnée l'allure rapide de chaque poussée éruptive, je suis porté à admettre qu'il s'agit d'une éruption d'origine nerveuse bien qu'il n'existe chez la malade aucune tare hystérique autre qu'une légère anesthésie du pharynx. L'affection de l'éruption pour l'extrémité des seins, l'association d'éruptions bulleuses à l'éruption purpurique, deux variantes des éruptions dites nerveuses, me portent encore à admettre cette hypothèse.

M. Hallopeau. — Les caractères de l'éruption me semblent être ceux d'un érythème polymorphe, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'influence du système nerveux.

Gangrène des doigts chez un dément.

Par M. Du Castel.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un homme de 48 ans, entré ces jours derniers dans nos salles. Sa santé générale a toujours été bonne, mais il n'en a pas été de même de son état intellectuel. Après avoir été un déséquilibré, il est devenu dans ces temps derniers un dément : à des idées de grandeur a succédé un état de prostration, de gâtisme ; la succession des accidents se trouve exposée d'une façon détaillée dans l'observation ci-jointe, recueillie par M. Courtellemont.

Il y a quelques semaines, notre malade était atteint de troubles nutritifs de la main pour lesquels il allait se faire panser tous les deux jours à l'hôpital Cochin. Après quelques jours de traitement, il est admis dans le service du docteur Quénu avec le diagnostic de

gangrène. Il sort de ce service pour entrer dans le nôtre où on constate une gangrène sèche de l'annulaire gauche et de l'index droit, la présence de petites plaques gangreneuses sur divers autres doigts, la production de lésions bulleuses sur les pieds.

Aucune lésion viscérale importante,

La nature de cette gangrène à foyers multiples, sèche dans les points les plus malades, me paraît difficile à établir. Je ne crois pas qu'on puisse l'attribuer à des pansements irritants comme ceux à l'acide phénique ; le malade déclare n'avoir été soigné qu'à l'hôpital et dans de bonnes conditions. Il n'existe du reste aucune lésion artificielle nette de la peau, et les pieds qui n'ont subi aucun pansement sont malades comme les mains.

La pensée de l'influence du froid se présente naturellement à l'esprit à l'époque de l'année où nous sommes et c'est peut-être une de celles à laquelle je me rallierais le plus volontiers. Le malade nie tout refroidissement important ; mais il n'y a pas un compte absolu à tenir de ses dires dans l'état mental où il se trouve. Mon opinion est que l'affection nerveuse, dont notre malade est atteint, a amené une vitalité moindre de la peau et qu'un refroidissement léger a suffi à amener des troubles trophiques profonds.

La diffusion des lésions, l'état peu avancé d'athérome des artères ne permet pas de parler de gangrène sénile. Je n'ai pu trouver d'intoxication susceptible d'entraîner la gangrène telle que serait l'ergotisme.

Paul B..., âgé de 48 ans, entré salle Cazenave le 15 décembre 1900.

Son père est mort vieux, d'affection inconnue ; sa mère vit encore (elle a 80 ans) et se porte bien.

Tous les renseignements relatifs au malade ne peuvent être fournis que par la famille, car lui-même vit dans un état d'affaiblissement intellectuel qui ne permet guère d'ajouter foi aux allégations qu'il apporte.

Dans le cours de sa vie, il n'a pas eu de maladie, une fois seulement, il y a quelques années, il aurait eu un mal de gorge, accompagné d'aphonie, qui a duré un mois environ. Pas de syphilis connue ; pas de lésion de la peau ; il n'a jamais eu d'engelures.

Il a fait successivement plusieurs métiers : d'abord quincaillier ; puis chez un ingénieur comme employé ; enfin commis chez un agent des contributions ; il a été renvoyé il y a un an, et ne fait plus rien depuis ce temps.

Au point de vue mental, le malade a toujours été considéré par sa famille comme un déséquilibré ; il a dépensé l'argent du ménage quelques mois après son mariage, et a fait faillite alors qu'il aurait pu parfaitement réussir, paraît-il.

Les troubles actuellement présentés par notre sujet sont de deux ordres : troubles mentaux et lésions cutanées.

Troubles mentaux — Les troubles mentaux ont débuté il y a 18 mois insi-

dieusement. A cette date, deux faits nouveaux apparurent dans l'histoire du malade : d'une part, intempérance (alcoolisme, absinthisme), chez un homme jusque-là relativement sobre ; d'autre part, indélicatesse : détournement de fonds (étant commis chez le contrôleur des contributions, il dérobait l'argent de la caisse, et c'est pour cela qu'il fut congédié).

La famille ne remarque l'affaiblissement intellectuel, la démence, que depuis un an : le malade répond mal aux questions ; met 25 oignons dans un ragout ; — cause, chante au milieu de la nuit. Dans le domaine des désordres moraux : il se promène en chemise sur le carré de l'escalier ; un jour il met des ordures dans le poêle ; il est devenu gâteux.

B... a perdu la mémoire, quelquefois même a peine à reconnaître ses parents, pendant quelques instants du moins. Il ne s'est jamais perdu dans les rues.

Pas de délire ; cependant, à un moment, il s'était fait faire un passe-port, et s'était fait photographier, pour partir faire un grand voyage. Il a une opinion exagérée et optimiste de lui-même (à le croire, il est connu partout pour un brave homme ; était très estimé à son bureau, où il était considéré comme le meilleur commis du bureau ; il est excellent musicien, et avoue qu'il aurait pu entrer à l'Opéra, comme artiste musicien, s'il en avait fait la demande ; mais il n'a jamais eu l'idée d'utiliser ainsi ses talents).

Tous ces troubles psychiques se sont constitués peu à peu, et ont progressé régulièrement.

Dans l'ordre des symptômes somatiques, on note l'absence de paralysie ; il n'aurait jamais eu d'ictus, de vertige, de pâleur subite. Pas de céphalée.

Il existe une inégalité pupillaire très nette (la pupille gauche étant la plus petite) ; les réflexes lumineux et le réflexe d'accommodation sont conservés des deux côtés, mais plus faibles à droite.

La parole est très troublée ; elle est très lente et présente des accrocs nombreux (parole bredouillante).

Il y a du tremblement des lèvres, de la langue et des doigts.

Les réflexes rotuliens sont très difficiles à rechercher, car le malade se contracte continuellement ; les réflexes de Babinski sont normaux des deux côtés. La démarche est lente, mais normale. Le malade se tient bien sur chacun de ses deux pieds, et peut sauter ainsi à cloche-pied. Pas de faiblesse unilatérale des membres ; pas de paralysie faciale. Le facies est celui d'un dément, immobile, sans expression. Tous les mouvements s'exécutent avec une lenteur remarquable.

Lésions cutanées. — Les lésions cutanées ont commencé il y a quatre à six semaines. Seules les lésions de la main et des doigts furent remarquées ; celles des pieds furent révélées au malade et à sa famille par l'examen médical.

Les lésions consistèrent d'abord en œdème et rougeur localisés à la face dorsale des deux mains et des doigts. Bientôt, sur ce fond, apparurent des bulles « cloches blanches », grosses comme une pièce de 50 centimes. Ces bulles s'ouvrirent quelques jours après, laissant sortir du liquide ; les petites plaies ainsi formées ne guérissent pas immédiatement. Le malade, quinze jours après le début des lésions cutanées, se

rendit à la consultation de l'hôpital Cochin ; il y retourna tous les deux jours pour s'y faire panser. Il nous a été impossible de savoir par quel genre de pansement (sec ou humide) il a été traité. La famille croit qu'il s'agissait plutôt d'un pansement sec. Lui faisait-on tremper ses mains dans un bain de liquide excitant ? Le malade l'affirme, mais on ne peut se fier à ses allégations.

Au bout de huit jours de ce traitement, on le reçoit dans le service de M. Quénu, où le diagnostic de gangrène des doigts est porté : état analogue à celui qu'il présentait à l'entrée à Saint-Louis.

Après huit jours de séjour chez M. Quénu, il sort et vient nous consulter.

État à l'entrée dans le service. — On constate alors, au niveau des deux mains et des doigts, des lésions remarquables par leur caractère gangréneux :

Deux doigts (l'annulaire gauche et l'index droit) présentent une eschare du type gangrène sèche, noire, dure, sonore, ratatinée, en retrait sur les tissus voisins, dont elle est séparée par un sillon d'élimination qui commence à se dessiner. L'eschare est plus étendue sur l'annulaire gauche (où elle comprend les deux phalanges) que sur l'index droit (où la troisième phalange seule est intéressée).

Sur les autres doigts, les lésions sont beaucoup moins avancées : de de place en place, on voit une eschare étroite et superficielle, noire et sèche ; sur les autres points, il n'y a que des exulcérations recouvertes d'une pellicule grisâtre ou d'une eschare superficielle, lésions bien rondes et qui paraissent être les vestiges des bulles.

Ces mêmes éléments existent aussi sur le dos de la main et quelques-uns à la face palmaire des doigts.

Les téguments, au pourtour immédiat des lésions, sont un peu rouges ; le reste du dos des mains et des doigts offre une légère rougeur, à peine marquée, mais pas d'œdème.

De plus, les deux pieds ne sont pas indemnes ; ils sont rouge violacé, froids et présentent quelques bulles (5 à 6 sur chaque pied) affaissées et à tendance hémorrhagique, mais il n'y a pas d'eschare, et seule une bulle a donné une petite ulcération à l'un des talons.

La palpation de toutes ces différentes lésions (mains, doigts, pieds) ne détermine aucune douleur. La peau, au niveau des doigts comme sur les pieds, est plus froide qu'à l'état normal. Les battements artériels sont perceptibles sur tous les points de l'artère où l'on peut les constater nettement. Le pouls est régulier, à 76. Le pouls radial est un peu plus faible à droite qu'à gauche ; la radiale gauche est indurée ; la droite est très difficile à explorer. Les artères humérales sont un peu dures, flexueuses, et de petit volume.

La sensibilité est conservée partout ; les troncs nerveux ne présentent aucune particularité anormale.

Sur l'épaule gauche et la partie supérieure du dos, on observe des cicatrices légèrement déprimées et pigmentées. Le reste du corps et les muqueuses sont indemnes de lésion.

Au point de vue des troubles fonctionnels, il est très difficile de savoir

s'il en existe ou s'ils ont toujours fait défaut ; en effet, le malade, qui les a niés pendant les quinze premiers jours de son séjour à l'hôpital, affirme aujourd'hui leur présence depuis le début des lésions.

L'examen du cœur et des poumons est resté négatif.

Il n'existe, dans les urines, ni sucre ni albumine.

Marche. — Depuis son arrivée dans le service, les phénomènes cutanés se sont modifiés, partiellement tout au moins.

Les eschares des deux doigts les plus atteints sont restées telles qu'elles étaient ; notons cependant que celle de la main gauche est aujourd'hui en pleine voie de réparation.

Presque toutes les autres lésions ont disparu, sauf en quelques points. Aux endroits où les éléments ont rétrocédé, la peau est lisse, rouge violacé, et par places comme adhérente aux os. Les annulaires ont un peu l'aspect des « doigts effilés ».

M. Renault. — La gangrène chez les déments a été signalée à diverses reprises, en particulier par le Dr Guillain, médecin aliéniste belge.

Pour ma part, pendant mon internat à l'hospice de Bicêtre, j'ai observé plusieurs cas de gangrène des extrémités. L'oreille même peut être atteinte. Il s'agit assurément là d'un état de déchéance profonde du système nerveux.

Syphilis aggravée par une variole intercurrente.

Par M. Du Castel.

La jeune fille, que je vous présente, était atteinte depuis dix-huit mois d'une syphilis d'intensité moyenne quand elle contracta une varioloïde légère. Pendant l'évolution de la variole, rien de particulier ; mais, au moment de la convalescence, la syphilis prit une forme grave ; le corps se couvrit d'un nombre considérable d'éruptions croûteuses, d'ulcérations graves, surtout au niveau des membres inférieurs. Vous pouvez voir ces lésions en évolution.

Maladie de Raynaud.

Par MM. A. Fournier et Sabareanu.

La malade D. M..., âgée de 42 ans, présente dans l'histoire de sa maladie quelques points intéressants sur lesquels nous voudrions attirer l'attention de la Société.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père maternel, mort à 92 ans, avait, dans les dernières années, « les doigts blancs quand il faisait froid ».

La grand'mère maternelle avait une maladie du cœur, dont elle mourut à l'âge de 70 ans.

Le père est bien portant, est âgé de 80 ans.

La mère souffre d'une bronchite chronique et depuis 4-5 ans elle a une maladie du cœur.

Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — La malade a eu la rougeole à 7-8 ans, la varicelle à 18 ans et de 22 à 26 ans elle fut anémique et faible. Mariée à 29 ans. Son mari, mort asphyxié, dix ans après le mariage, avait été atteint d'ataxie locomotrice quelque temps avant sa mort.

Maladie actuelle. — A débuté dans l'enfance. La malade s'est aperçue que, vers l'âge de 4-5 ans, elle ne pouvait pas supporter le froid comme ses camarades, en jouant avec de la neige, et qu'elle avait de la difficulté passagère à tenir un porte-plume, parce que ses doigts devenaient raides et blancs.

Les mêmes troubles (sensibilité au froid et raideur) existaient au niveau des membres inférieurs. Cet état, tout en s'aggravant progressivement, a persisté jusqu'à 16-18 ans pour les membres inférieurs, jusqu'il y a deux ans pour les membres supérieurs.

A ces époques apparaît un nouvel élément : des troubles trophiques pour lesquels la malade s'est décidée, le 28 novembre 1900, à entrer à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri-IV.

État actuel. — Les mains sont le siège de *syncopes locales* et de troubles trophiques. La syncope locale occupe un ou plusieurs doigts ; souvent elle gagne une partie ou la totalité de la main, ne dépassant jamais les poignets. Cette syncope, pendant laquelle les doigts sont absolument blancs et engourdis, persiste un temps variable et se répète très souvent sous l'influence du froid, du frottement ou de l'eau fraîche.

Les troubles trophiques occupent l'index et le médius de la main gauche, l'index de la main droite.

L'index gauche fut pris le premier au mois de mars de l'année dernière. Au début il s'est formé un « mal blanc » au niveau de la pulpe digitale. Ce mal blanc s'est ouvert plusieurs fois. Actuellement on voit une cicatrice linéaire s'enfonçant sous l'ongle où il existe encore du pus malgré les pansements et les bains antiseptiques continuels.

L'altération du médius gauche a débuté au mois de novembre par une plaque dure, sèche, brunâtre, qui est tombée et s'est reproduite plusieurs fois. Ici aussi se forme du pus sous l'ongle.

L'index droit est le plus malade. La gangrène a débuté au mois d'août de l'année dernière, par un point douloureux à la pulpe du doigt sous le bord libre de l'ongle. Ce point douloureux devient *noir* à la suite d'un coup. Un chirurgien consulté lui enlève l'extrémité du doigt.

Comme la plaie ne se fermait pas, il enleva une partie de la phalange. La plaie restant toujours ouverte et le doigt devenant de plus en plus noir, la malade se décida à venir à l'hôpital Saint-Louis.

Quand nous la vîmes pour la première fois, l'extrémité du doigt, jusqu'à la moitié de la deuxième phalange, était tout à fait *momifiée,* noire et insensible. Depuis, un sillon de séparation très net est apparu.

La malade se plaint de douleurs intolérables, des élancements qui l'empêchent de dormir.

Les membres inférieurs. La syncope locale occupe seulement les orteils. Les troubles trophiques se sont montrés sous forme d'ulcères. Le premier ulcère a débuté à l'âge de 16-18 ans et occupait le milieu de la face postérieure de la jambe gauche.

Depuis, d'autres ulcères ont apparu à la même place, sur la face externe de la même jambe, au niveau de la tubérosité tibiale droite, sur la face dorsale du pied droit et sur la face interne du gros orteil gauche.

Cette dernière ulcération, ouverte au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, avait la largeur d'une pièce de cinq francs, les bords taillés à pic ; le pourtour pigmenté, le fond, atone, grisâtre. La guérison survint rapidement par le repos et les pansements humides. Actuellement on y voit une cicatrice saillante.

Les ulcérations des membres inférieurs sont précédées dans leur apparition par de petites surfaces blanchâtres, dépressibles, irrégulières, comme on en voit sur la face dorsale des orteils et le bord externe des pieds.

En dehors des cicatrices on voit encore sur les jambes et la face dorsale des pieds de la pigmentation disposée en réseau irrégulier et des varices très peu accentuées. En novembre on voit encore du purpura.

Les oreilles et le nez de la malade ne présentent pas de troubles.

L'année dernière, en hiver et le matin au réveil dans la chambre froide, la malade avait la *langue* raide pendant quelques minutes. Une fois en s'examinant devant la glace, elle trouva la langue toute blanche, comme exsangue.

Troubles nerveux. En dehors de la grande sensibilité au froid, de l'engourdissement pendant les syncopes locales, et des élancements la malade ne présente pas d'autres troubles de la sensibilité, sauf deux *plaques d'hypoesthésie :* une, au niveau de la face externe du genou droit ; l'autre, au niveau de l'omoplate du même côté.

Les réflexes pharyngiens et rotuliens sont normaux ; le champ visuel n'est pas rétréci.

La malade est nerveuse, pleure très facilement ; à l'âge de 16 ans, elle a eu une crise de nerfs sans perte de connaissance.

Les viscères sont normaux à l'exploration.

Les artères radiales un peu dures.

Pas d'albumine ni sucre dans les urines.

L'état général est bon.

L'affection que présente notre malade est bien la maladie de Raynaud, de par les syncopes locales, de par les troubles trophiques qu'elle présente au niveau des doigts. Au début nous avions pensé à la syphilis, à cause de la lésion étendue de l'index de la main droite qui rappelle une des lésions de l'artérite syphilitique et à cause du tabes du mari. Cependant, en tenant compte du début de la maladie, de la guérison spontanée des lésions des jambes, nous ne croyons pas que la syphilis soit en cause.

La malade est hystérique : avons-nous affaire à des troubles trophiques de cette nature ? Pas davantage, les lésions hystériques ayant pour caractères de débuter spontanément, rapidement et d'évoluer de même, tandis que dans notre cas les lésions ont débuté insidieusement, et progressé lentement. De plus, il n'est pas dans

les habitudes de l'hystérie de produire des lésions séparées comme celle que nous avons décrites au niveau de l'index droit.

Comme maladie de Raynaud, l'affection de la malade présente plusieurs points :

a) Il y a d'abord cette *longue évolution* de la maladie, ce début « à quatre-cinq ans », sinon à un âge plus jeune, pour aboutir seulement de seize à dix-huit ans à des troubles des membres inférieurs, et à trente-huit ans, à des lésions des membres supérieurs.

b) Il y a encore « la raideur de la langue », la « langue blanche » dont la malade parle nettement. Il y a eu là certainement syncope locale de la langue apparaissant sous l'influence du froid.

c) Les troubles trophiques des jambes, qui se montrent non pas aux extrémités, aux orteils, comme c'est la règle dans la maladie de Raynaud, mais, plus haut, au niveau de la tubérosité tibiale même et dans des points où les spasmes vasculaires ne se sont pas encore produits d'une façon appréciable.

Nous mettons sur le compte de la maladie de Raynaud les ulcères des membres inférieurs parce qu'ils débutent par de petits points au niveau desquels la peau est déprimée, blanchâtre, atrophiée. Les varices ne peuvent pas être incriminées à cause de leur peu d'importance, de leur existence récente; et puis, les ulcères variqueux ne siègent pas de tous les côtés comme dans notre cas.

Sur une forme d'apparence bulleuse et rupioïde de psoriasis.

Par MM. HALLOPEAU et LEMIERRE.

On sait que le *rupia* est caractérisé par la formation de croûtes généralement épaisses et étendues qu'entoure un soulèvement bulleux. Chez le malade atteint de psoriasis, que nous avons l'honneur de vous présenter, une partie des plaques éruptives ont, d'une manière frappante, simulé cet aspect.

Le nommé D..., âgé de 47 ans, entre le 7 janvier 1901, salle Bazin, pour un psoriasis généralisé.

Ce psoriasis date de 1885. Il a débuté à cette époque aux genoux et aux coudes, puis s'est généralisé. Soigné à l'hôpital de Saint-Lô, il a guéri au bout de deux mois.

Onze ans plus tard, seconde poussée localisée aux coudes, aux mains et aux genoux. Cette poussée dure six semaines.

En 1898, nouvelle poussée avec mêmes localisations, qui dure deux mois et demi.

Au mois de janvier, le malade est atteint d'une hémiplégie gauche. Il reste couché pendant cinq mois. Au mois d'octobre 1900, le psoriasis recommence sur les mains et sur les genoux.

Cet état demeure stationnaire. Puis au milieu de décembre 1900, l'éruption psoriasique se généralise brusquement.

A l'âge de 19 ans, le sujet avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Douze ans plus tard, il recommence à souffrir dans les genoux et dans les épaules.

En 1896, il a une hydarthrose du genou gauche qui nécessite une ponction, faite à Cochin, dans le service de M. Schwartz.

En 1898, pendant une attaque de psoriasis, il est atteint d'arthropathies des deux mains ; ces arthropathies entraînent des déformations qui persistent encore actuellement.

Les articulations des genoux et des pieds étaient atteintes en même temps.

Actuellement, le malade, avons-nous dit, présente un psoriasis généralisé avec arthropathies.

LÉSIONS CUTANÉES. — *Tête.* On constate des éléments disséminés sur le visage, sur le front, sur le cou. Ces plaques sont petites et clairsemées. Le cuir chevelu est envahi également. On y observe de larges plaques.

Tronc. — Sur le tronc, existent également de nombreux éléments arrondis, de petit diamètre et disséminés.

Membres supérieurs. — Aux membres supérieurs, on constate, à droite et à gauche, une large plaque psoriasique localisée à la face d'extension du coude. Une autre plaque siège de chaque côté de la face dorsale du poignet. Sur le reste des bras et sur la face des mains existent de nombreux éléments de petite taille et disséminés.

Organes génitaux. — Le scrotum présente une teinte érythémateuse diffuse ; en de nombreux points on constate la présence de squames assez épaisses et humides. La surface du scrotum est en plusieurs points le siège d'excoriations suintantes. Ces excoriations sont consécutives au grattage.

Cette région est en effet très prurigineuse, alors que sur le reste du corps le prurit est extrêmement modéré. Sur la verge on constate également des éléments psoriasiques.

Membres inférieurs. — C'est aux membres inférieurs que les plaques de psoriasis sont le plus étendues.

On voit à la face postérieure des cuisses une grande plaque qui remonte sur la région fessière et l'occupe presque toute entière ; et à la face antérieure de leur partie moyenne, existent des plaques étendues.

Du côté droit, on voit de plus une grande plaque psoriasique qui occupe la face interne et la face antérieure de l'articulation du genou et les deux tiers supérieurs de la face antérieure de la jambe.

Du côté gauche, une grande plaque occupe la face antérieure du genou et le tiers supérieur de la jambe. Au-dessous, sur la face interne de la jambe, se trouve une autre plaque large comme deux pièces de cinq francs.

Ce qui frappe surtout dans les dernières plaques mentionnées, c'est l'aspect des squames qui les recouvrent. Pour chaque plaque, la squame est unique, elle est donc énorme ; elle est de plus extrêmement

épaisse ; sa couleur est jaunâtre, sa consistance dure et presque cornée.

On constate enfin des éléments psoriasiques à la face dorsale du pied. A la face plantaire, tout l'épiderme paraît épaissi et est en train de s'exfolier; il se soulève en certains points, formant de véritables petites tumeurs dures et cornées. Cet aspect est très marqué au niveau de la face plantaire des gros orteils.

Les orteils sont fléchis consécutivement aux arthropathies qu'a eues le malade. Au niveau des points de flexion, sur la face dorsale des orteils, l'épiderme épaissi forme de véritables saillies rocheuses qui s'enlèvent assez difficilement et laissent à découvert une surface saignante.

Au niveau des membres inférieurs, on peut suivre complètement le mode d'évolution des plaques psoriasiques.

L'on voit le début se faire par une petite macule rouge située souvent au niveau d'un orifice pilo-sébacé.

En effet, au centre de beaucoup de ces macules, on voit s'implanter un poil.

En d'autres points, la macule a un peu grandi, elle est saillante et est devenue papule. On voit ensuite des éléments plus âgés sur lesquels le centre de la papule, acuminé, est devenu jaunâtre. L'élément a alors absolument l'aspect d'une bulle à contenu purulent.

Enfin le centre de l'élément est occupé par une squame jaune qui s'étend peu à peu et finit par occuper presque toute son étendue.

Aux extrémités inférieures, plusieurs des plaques psiriasiques présentent les caractères suivants :

Au centre, la squame est épaisse, jaune sale, presque d'aspect crouteux. Cette squame, légèrement bombée, est entourée d'une couronne blanche d'épiderme qui semble soulevée par un exsudat. Cette couronne est large de deux ou trois millimètres. Sa présence contribue à donner à l'élément psoriasique un aspect bulleux. Quand on presse sur le soulevement épidermique, on le fait facilement glisser sur les plans sousjacents et on le plisse absolument comme s'il recouvrait une couche liquide. Pourtant, lorsqu'on déchire ce soulèvement bulleux, il ne s'écoule aucun liquide; on voit, au lieu d'exsudat, une sorte de magna blanchâtre. L'examen histologique de ce magna montre qu'il est constitué par des cellules épidermiques plus ou moins dégénérées. On peut déceler également la présence de quelques rares leucocytes.

L'épiderme ainsi soulevé s'exfolie rapidement et prend l'aspect d'une mince collerette radiée. Tous les grands placards squamo-crouteux sont entourés par cette collerette. La prolifération épidermique dont elle est l'expression masque la zone d'extension des lésions.

Altérations des ongles. — Les ongles des mains sont altérés. Ils comprennent une moitié antérieure existant avant le début de la poussée psoriasique, moitié antérieure, lisse, bombée, d'aspect normal, et une moitié postérieure, développée depuis la poussée, où l'ongle est aminci etrugueux.

Les ongles sont entourés par une plaque de psoriasis.

Les ongles des pieds présentent des lésions moins uniformes. Ceux des gros orteils sont épaissis, rugueux, irréguliers. Ceux des autres orteils ont perdu également leur régularité. Les uns sont striés, les autres présentent le même aspect qu'aux mains.

Arthropathies. — Les articulations des mains sont extrêmement déformées. Quand on considère la face dorsale de la main, celle-ci étant étendue, les premières phalanges, même dans l'extension la plus complète que puisse donner le malade, conservent néanmoins un certain degré de flexion sur les métacarpiens. De plus, ces premières phalanges sont légèrement déviées vers le bord cubital de la main. Les deuxièmes phalanges forment avec les premières un angle obtus à sinus ouvert du côté dorsal. De plus, ces deuxièmes phalanges sont encore plus déviées vers le bord cubital que les premières. Enfin les troisièmes phalanges présentent constamment un certain degré de flexion sur les deuxièmes.

L'articulation de la première et de la deuxième phalange de l'index droit est très tuméfiée et douloureuse.

Le pouce droit est peu déformé, mais le pouce gauche présente une flexion nette de la première phalange et la deuxième forme avec la première un angle obtus ouvert en arrière. Pourtant, à la main gauche, les déformations articulaires sont moindres qu'à la main droite.

L'articulation du genou droit est distendue par un épanchement abondant.

L'articulation du genou gauche ne présente pas d'hydarthrose, mais les mouvements y sont douloureux et on peut y percevoir des craquements.

Les orteils présentent aussi des déformations et des positions vicieuses ; les phalanges sont fléchies les unes sur les autres.

Le malade est de son métier voyageur en vins.

Il avoue boire actuellement au moins un litre de vin par jour sans préjudice des apéritifs. Il dit de plus que, pendant plusieurs années, il a bu de l'eau-de-vie en abondance ; il arrivait presque à un litre par jour. Il a du reste renoncé à l'eau-de-vie, ayant eu pendant longtemps des pituites matinales dont il est maintenant débarrassé. Actuellement il ne conserve plus que des cauchemars nocturnes. Il n'a pas de tremblement éthylique.

Il a parfois des crampes dans les mollets.

Le malade présente une artério-sclérose manifeste.

Le cœur et le poumon paraissent normaux.

Les urines contiennent un léger nuage d'albumine.

Nous n'insisterons pas, dans l'histoire de ce malade, sur les arthropathies qui ont été maintes fois bien décrites.

Les soulèvements d'apparence bulleuse, qui entourent une partie des plaques squameuses, sont des plus remarquables ; leur étendue est en moyenne d'un ou deux millimètres. Leur disposition rappelle tout à fait celle qui caractérise le rupia, avec cette différence que le centre de la plaque est squameuse malgré son aspect croûteux ; le magma se dessèche avec une extrême rapidité ; du jour au lendemain, les soulèvements indiqués par le plissement circulaire de l'épiderme ont fait place à des collerettes squameuses : la présence de ces éléments jette un jour sur la signification de la collerette qui entoure d'autres squames : celle-ci a la même disposition autour de la grosse squame centrale ; il est de toute évidence qu'elle reconnaît la même

origine, avec cette différence que le travail inflammatoire ne s'est pas accompagné d'une extravasation liquide, et que cette extravasation s'est rapidement résorbée.

Cette forme d'apparence bulleuse et rupioïde du psoriasis n'avait pas encore, à notre connaissance, été signalée.

M. Du Castel. — Ce cas correspond à ce qu'on appelait autrefois : le psoriasis arthropatique.

Gommes de l'avant-bras chez un hérédo-syphilitique.

Par MM. Alf. Fournier et Detot

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est entrée, le 16 décembre 1900, dans le service de M. Fournier. Elle présentait à cette époque deux ulcérations profondes siégeant l'une au niveau de la partie moyenne de la face postérieure de l'avant-bras gauche, l'autre à la région olécrânienne du côté droit. Ces deux lésions, dont le début remontait pour la première à deux mois, pour la seconde à six semaines, étaient manifestement des gommes syphilitiques. Du côté droit, l'ulcération présentait un contour régulièrement arrondi, limitant une surface de la dimension d'une pièce de 5 francs ; des bords taillés à pic, un fond bourbillonneux, sécrétant un pus abondant.

La base de la gomme reposait sur la face postérieure de l'olécrâne épaissi, et douloureux à l'exploration.

Du côté gauche, la lésion est beaucoup plus profonde ; elle est constituée par la réunion de deux ulcérations primitives, occupant une surface deux à trois égale à celle de la précédente. Les bords sont épaissis, enflammés et entourés, à une distance notable, d'un zone rouge et tuméfiée de lymphangite. Ces bords, profondément entaillé, sont baignés d'une suppuration abondante. Au centre est une masse saillante, noirâtre, constituée par une escharre en voie d'élimination. La palpation du cubitus montre que cet os est tuméfié, au moins triplé de volume dans sa partie moyenne ; la pression, la simple palpation sont très douloureuses ; il existe aussi des douleurs osseuses spontanées.

Ces accidents se sont développés assez rapidement puisqu'ils dataient de deux mois à l'entrée de la malade. Ils avaient été précédés d'un certain nombre d'autres accidents qui confirment leur nature syphilitique, en même temps qu'ils permettent d'établir leur origine héréditaire.

En effet, la malade présentait encore, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur du côté gauche, une tuméfaction mal limitée, douloureuse, d'apparition récente, ayant tous les caractères d'une ostéopériostite, actuellement guérie. Il y a dix mois, elle avait eu, au niveau de l'avant-bras gauche une ulcération qui a été soumise au traitement spécifique et dont on ne constate actuellement que la cicatrice.

La malade n'a jamais eu d'éruption cutanée ; mariée en 1896, elle n'a pas eu de grossesse, ni de fausse couche et n'a jamais eu d'affection vulvaire. Elle a eu de l'incontinence d'urine jusqu'en 1896. Sa dentition, sans pré-

senter de stigmate net d'hérédo-syphilis, est très défectueuse. En outre, elle présente une malformation de l'oreille gauche très remarquable, attribuée par la malade à un prétendu traumatisme.

Elle présente des cicatrices au devant du pavillon de l'oreille des deux côtés.

Elle a eu dans son enfance une fistule lacrymale qui a persisté longtemps ; elle a des varices bilatérales.

Le traitement spécifique (mercure et iodure) a déterminé rapidement une amélioration considérable et significative des gommes.

L'examen oculaire décèle des stigmates de névrite optique antérieure et de dystrophie pigmentaire diffuse de la chorio-rétinite propres à l'hérédo-syphilis.

Nous insistons sur l'existence de la malformation du pavillon qui constitue un des meilleurs signes de dégénérescence.

Nous insistons, en outre, sur ce fait que la manifestation syphilitique héréditaire s'est manifestée par des gommes seulement vingt ans après l'infection.

Tuberculide multiforme très étendue (note complémentaire). — Traitement par les badigeonnages de collodion à l'ichthyol.

Par MM. F. BALZER et L. ALQUIER.

Depuis la communication faite à la Société au mois de novembre, notre malade a été soumis à des applications constantes de collodion simple et surtout de collodion ichthyolé à 1 1/10 faites sur toute l'étendue de son éruption. Ces badigeonnages ont produit assez rapidement une amélioration, très nette en certains points, ce qui nous a encouragés à généraliser leur emploi à toutes les surfaces occupées par l'éruption.

Le collodion faisait d'abord pâlir les éléments et amenait progressivement leur résolution manifeste. Le traitement n'a duré que cinq semaines. Mais au bout de ce temps, le malade que nous aurions voulu traiter pendant plus longtemps afin de le montrer à la Société, s'est jugé en assez bon état pour pouvoir reprendre son métier de coiffeur, et dans les premiers jours de décembre, il est parti brusquement, dans l'après-midi, sans prévenir personne.

Pendant le temps qu'il est resté en observation, notre malade n'a pas présenté de signes manifestes de tuberculose viscérale, mais il était sujet à des sueurs abondantes, nocturnes et diurnes. L'état général paraissait assez bon.

Les bons résultats obtenus dans ce cas nous paraissent devoir être attribués surtout à la compression exercée par le collodion, peut-être aussi dans une certaine mesure à l'action résolutive de l'ichthyol. Ils ne se produits que sur les points soumis à l'action du collodion, ailleurs, au scrotum notamment, l'éruption est demeurée stationnaire.

En somme, les badigeonnages de collodion nous paraissent devoir

être recommandés dans le traitement d'une affection vis-à-vis de laquelle nous sommes jusqu'ici peu aimés. Chez notre malade, ils ont donné des résultats sinon définitifs, en tout cas, relativement rapides au niveau des lésions congestives, plus lents dans les endroits où prédominait l'infiltration, notamment aux genoux.

M. Darier. — Dans le traitement des tuberculides, il est important de mentionner la forme à laquelle on a affaire.

J'ai traité avec succès un cas de tuberculides par des frictions à l'icthyol et de l'huile de foie de morue à l'intérieur, mais ; ayant essayé dans d'autres cas, je n'ai pas eu de résultats. D'ailleurs, ces lésions ayant tendance à la guérison spontanée, il est souvent difficile de juger de l'effet d'un traitement.

M. Balzer. — Ici il n'y a pas eu guérison spontanée, puisque le malade avait été traité antérieurement sans succès.

D'autre part, une biopsie préalable a montré qu'il s'agissait bien de tuberculides.

M. Du Castel. — Ce renseignement est très important, car, lorsqu'il fut présenté au Congrès de dermatologie, ce malade, qui fait des poussées successives, avait été considéré comme un lépreux.

M. Danlos. — J'ai vu des cas de tuberculides guéris spontanément.

M. Balzer. — La guérison n'a pas été spontanée, puisque seul le scrotum, sur lequel n'avait pas été appliqué le traitement, est resté malade et que la guérison s'est faite partout ailleurs, et progressivement.

Syphilis héréditaire d'origine maternelle et paternelle probable. Accidents cutanés ulcéreux. Epistaxis. Mort subite au deuxième mois. Infiltrations et dégénérescences généralisées à tous les viscères. Altérations prédominantes de la veine porte, de ses branches et des ganglions du mésentère,

Par MM. Gastou et Detot.

Il eût été intéressant de montrer les pièces anatomiques provenant de l'enfant qui fait le sujet de cette communication ; elles ont été utilisées pour l'examen histologique qui, dans le cas actuel, était des plus importants ; nous rappellerons en quelques mots ce qu'était l'apparence de ces pièces à l'autopsie et ce qu'avait été l'histoire clinique.

Un enfant âgé de 7 semaines entre dans le service de M. le professeur Fournier avec une éruption papuleuse et des lésions ulcéreuses cutanées, surtout fessières ; ces lésions, de par leur aspect et de par les antécédents héréditaires, sont manifestement de nature et d'origine syphilitique.

Mais de suite, un point intéressant est à relever dans l'origine de

cette syphilis infantile : la mère, qui a eu la syphilis il y a vingt ans, a été mariée deux fois et a eu de ses deux premiers maris quatre enfants. Le premier meurt sitôt après sa naissance de convulsions ; le second à 3 mois, de même façon ; le troisième vit, mais a des dystrophies multiples ; le quatrième vit également et présente simplement une malformation crânienne. L'influence de la syphilis semble donc s'atténuer de plus en plus lorsque survient une cinquième grossesse, celle-ci, extra-conjugale, qui aboutit à la naissance de l'enfant actuel.

Des renseignements donnés par la mère, il y a tout lieu de penser que ce « père accidentel » était lui-même sous le coup de la syphilis.

La syphilis de l'enfant reste près de sept semaines à l'état latent, puis brusquement elle éclate et se traduit par des manifestations cutanées malignes.

En quelques jours il présente de la diarrhée, une dyspnée légère sans signes nets à l'auscultation, puis il a une épistaxis et meurt subitement, sans que rien ait pu faire prévoir cette mort subite.

A l'autopsie, congestion généralisée de tous les organes, lésions macroscopiques de broncho-pneumonie et d'hépatite ; mais ce qui attire de suite l'attention, c'est l'aspect de la veine porte et du mésentère.

La veine porte paraît épaissie et forme un cordon blanchâtre ; de ce cordon, comme d'un tronc partent des ramifications qui suivent le trajet des branches de la veine porte et dessinent de fins tractus blanchâtres qui vont aboutir à des ganglions mésentériques hypertrophiés et en très grand nombre sur toute l'étendue du mésentère.

On est donc frappé à première vue de l'aspect tout à fait particulier de la veine porte et de ses branches. L'examen histologique démontre qu'en dehors de l'épaississement des parois veineuses et de l'endophlébite thrombosique portale, il existe dans tous les organes des altérations vasculaires et lymphatiques très prononcées, s'accompagnant d'infiltrations et de dégénérescences parenchymateuses généralisées.

Ces faits cliniques et ces observations anatomiques nous ont paru intéressants à mentionner, car ils nous permettront d'attirer l'attention de la Société sur les faits suivants :

1° L'existence probable d'une syphilis paternelle venant revivifier en quelque sorte l'influence d'une syphilis maternelle ancienne dont l'action semblait s'éteindre de plus en plus ou s'atténuer, si on s'en rapporte à l'histoire des grossesses successives ;

2° L'apparition des accidents de syphilis héréditaire chez l'enfant seulement sept semaines après la naissance : syphilis généralisée, viscérale et cutanée ;

3° L'existence de lésions broncho-pulmonaires silencieuses ;

4° La mort subite que rien n'avait pu faire prévoir ;

5° L'existence de lésions congestives généralisées, accompagnées de dégénérescences, sans caractères anatomiques imputables à la syphilis ;

6° Enfin, le point le plus important à signaler, c'est-à-dire les lésions de la veine porte et du mésentère, lésions qui semblent démontrer que la porte d'entrée de la syphilis a été le placenta et la veine ombilicale.

Observation I. — La mère, âgée de 36 ans, entre le 3 juin 1900, salle Henri-IV, avec ses trois enfants, dont le plus jeune, âgé de deux mois, présente une éruption. Elle-même est actuellement bien portante ; elle ne présente aucun symptôme de syphilis antérieure ou actuelle ; c'est une femme jouissant d'une bonne santé habituelle et bien constituée. Elle a contracté la syphilis il y a 20 ans, c'est-à-dire à l'âge de 16 ans ; elle dit avoir eu à cette époque des plaques muqueuses buccales et vulvaires, des végétations vulvaires, des maux de tête intenses ; elle a été soignée, en 1881, à Saint-Lazare, par des pilules de mercure et du sirop de Gibert. Le traitement a été suivi pendant huit mois; depuis, n'ayant jamais eu de nouvel accident, elle ne s'est jamais traitée. Mariée en 1886, à l'âge de 21 ans, elle a une première grossesse dont l'évolution n'a été marquée par aucun incident et s'est terminée par la naissance à terme d'un garçon, mort à deux mois et demi, après avoir eu des convulsions. La mère ne se rappelle pas si cet enfant avait des taches sur le corps. Abandonnée par son premier mari, elle se marie une seconde fois en 1889. Elle rapporte qu'au bout de quelques mois, son mari a eu des taches sur le corps et une ulcération à la verge, taches qui ont laissé des cicatrices. Une seconde grossesse, conduite à terme, donne naissance à une fille qui succombe à l'âge de 3 mois.

En 1891, troisième grossesse. L'enfant est un garçon, âgé de 9 ans, entré avec la mère salle Henri-IV : il n'a pas eu d'éruption, ni d'ulcérations muqueuses. Les organes sont sains ; les testicules sont normaux ; mais il présente trois anomalies dystrophiques : des malformations dentaires (les dents sont mal implantées, petites et tordues sur elles-mêmes) ; de l'incontinence d'urine, des stigmates oculaires de syphilis héréditaire, à savoir : des deux côtés des marbrures et de petits foyers de pigmentation, du côté gauche un foyer atrophique d'ancienne choroïdite (d'après l'examen du Dr Antonelli).

En 1896, une quatrième grossesse donne naissance à un garçon, actuellement âgé de 3 ans, lequel a des bosses frontales et pariétales très développées. Il présente aussi des troubles pigmentaires de chorio-rétinite et une hernie ombilicale. Il a eu à l'âge de 15 mois une éruption de nature douteuse.

La cinquième et dernière grossesse a eu lieu en 1899 à la suite de rapports extra-conjugaux au sujet desquels la mère de l'enfant ne peut donner de renseignements bien précis, mais qui laissent à supposer que le « père accidentel » était lui-même en puissance de syphilis. L'accouchement (22 mars 1900) a été plus pénible que les accouchements antérieurs, en raison du volume considérable de la tête de l'enfant. A la naissance,

l'enfant (fille) ne portait aucune trace d'éruption cutanée. C'est seulement sept semaines après la naissance qu'est apparue une éruption assez intense qui a décidé la mère à venir à l'hôpital.

L'enfant présente en effet une éruption généralisée, occupant le tronc et les membres, respectant les plis cutanés, assez confluente, constituée par des papules lenticulaires et par quelques macules un peu plus étendues, érythémateuso-squameuses ; les régions palmaires et plantaires sont envahies par ces taches. On observe en outre, dans les régions fessières, des lésions papulo-érosives. Les muqueuses buccale, vulvaire, anale, sont saines. Les bosses frontales et pariétales sont saillantes.

L'examen de l'abdomen montre un réseau veineux sous-cutané assez développé ; le foie est très gros, il occupe toute la partie supérieure de l'abdomen, et il descend, à droite, jusqu'à la région inguinale. Il existe de la diarrhée verte ; les urines sont très foncées. L'auscultation ne révèle aucun signe morbide ni de l'appareil pulmonaire, ni du cœur.

Malgré ces lésions cutanées, éruption secondaire et hépatite probable, l'enfant, nourrie par sa mère, ne présente pas d'altération importante de la santé générale. Elle pèse 13 kilog. 500 et n'a pas maigri depuis qu'elle est malade, d'après la mère.

Le teint est légèrement pâle, le visage bouffi, comme myxœdémateux. Pesée tous les jours dans le service, elle n'a pas perdu de son poids. Elle est soumise à un traitement par la liqueur de Van Swieten.

Dans les premiers jours de juillet, elle présente un peu de dyspnée et plusieurs épistaxis ; l'éruption s'atténue ; le foie est toujours volumineux ; l'auscultation reste négative ; la température est normale.

Le 4 juillet, à l'auscultation, on entend quelques râles disséminés, mais aucun signe de foyer soufflant.

Dans la nuit du 6 au 7 juillet, après avoir eu une épistaxis un peu plus abondante que celle des jours précédents, une dyspnée légère et du *coryza*, l'enfant est morte subitement, sans avoir eu de phénomènes convulsifs.

Autopsie. — L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort : le corps est en parfait état de conservation. L'incision des téguments démontre une couche adipeuse développée. — Sur la surface cutanée, avec prédominances aux mains et aux pieds, existent de nombreuses taches érythémato-squameuses, des papules sèches et des papules érosives aux fesses, les plis étant respectés.

A l'incision de l'abdomen, on trouve une petite quantité de liquide jaune orange ; le foie apparaît volumineux, de couleur chamois, rosé par places avec taches jaunâtres. La vésicule biliaire est distendue par la bile. En soulevant le côlon transverse, on aperçoit une sorte de bride, fibreuse d'aspect, semblant pédiculisée en arrière du foie sur la colonne vertébrale.

Cette bride donne naissance à un véritable réticulum fibreux, épanoui sur le mésentère en suivant les ramifications de la veine porte et formant des mailles entre lesquelles existent de nombreux ganglions.

Les reins, la rate, les organes abdominaux dans leur ensemble ne présentent pas de lésions macroscopiques appréciables en dehors de l'état

congestif ; leur poids respectif est : foie, 485 gr. ; rate, 75 gr. ; reins droit et gauche, 30 gr.

Les poumons sont emphysémateux sur leurs bords et à leur surface se dessine un réticulum polygonal encadrant une mosaïque de taches blanches et rosées sur un fond rouge vineux, dans les lobes inférieurs. Il n'existe plus, aux bases surtout, de crépitation, mais une dureté manifeste aussi bien à droite qu'à gauche : le poumon droit pèse 105 gr., le gauche 115 gr.

Le péricarde contient un liquide jaunâtre peu abondant. Le cœur n'est pas hypertrophié ; il existe un caillot dans l'artère pulmonaire. Les ganglions du médiastin n'offrent rien à signaler.

En résumé, les points les plus saillants sont : l'aspect de la veine porte et du mésentère, et l'état du foie.

Examen histologique. — Cet examen a porté non seulement sur la veine porte, le mésentère et ses ganglions, mais encore sur les organes suivants : foie, rate, pancréas, estomac et intestin, reins, vessie, poumons, cœur.

D'une façon générale, les organes qui, à l'examen macroscopique, paraissaient sains, présentent à un haut degré :

1° Des lésions congestives très intenses, analogues à celles rencontrées dans les septicémies ;

2° Des lésions des systèmes vasculaires et lymphatiques ;

3° Des dégénérescences cellulaires, caractérisées surtout par la tuméfaction cellulaire et les modifications de coloration du protoplasma et des noyaux.

L'association de ces lésions produit un ensemble tel, en particulier pour le foie et le poumon, que ces organes ont perdu l'aspect structural habituel.

La veine porte et ses branches sont épaissies ; mais on ne trouve, ni dans leurs parois ni au voisinage, d'infiltration très prononcée. Mais leur cavité est comblée par le fait d'une endo-phlébite thrombosique, la thrombose étant formée d'éléments cellulaires multiples (leucocytes et surtout lymphocytes, globules rouges, grandes cellules à gros noyaux). A côté des veines, les artérioles ont des parois épaissies et s'entourent d'une infiltration cellulaire qui semble en rapport avec l'existence d'une gaine lymphatique.

Les ganglions sont altérés d'une façon diffuse dans tous leurs éléments. La prolifération cellulaire y est telle, ainsi que dans la rate, que la structure normale de ces organes a disparu : on ne voit que des lacs sanguins séparés par des travées cellulaires dont le détail d'organisation rappelle celui de la thrombose portale.

Le foie est lui-même analogue d'aspect à la rate ; tout est confondu : la congestion inter-cellulaire ; l'hypertrophie, la désintégration et l'altération cellulaires ; la désorganisation des travées est telle qu'il serait impossible de reconnaître l'organe s'il n'existait des espaces portes dans lesquels les veines sont très dilatées et reproduisent les lésions du tronc d'origine. Il est difficile de trouver dans le foie des amas d'infiltration, la prolifération nucléaire étant très active à cet âge. Les lésions sont celles d'une hépatite diffuse ayant envahi aussi bien le parenchyme que le tissu interstitiel. Si on ne note aucune prolifération néo-canaliculaire, il est important de

noter que le système sus-hépatique est également altéré. Les poumons présentent des lésions de complexité telles qu'il serait difficile, en certains points, de reconnaître le tissu pulmonaire et de dire s'il s'agit de lésions d'hépatisation, de splénisation, de sclérose interstitielle ou de poumon cardiaque.

Les altérations propres à chacune de ces maladies s'y retrouvent. La broncho-pneumonie est diffuse, généralisée avec ses modalités : congestion, splénisation, hépatisation, atélectasie. Les cellules des alvéoles sont proliférées, la cavité alvéolaire comblée par de la fibrine, des leucocytes et des globules rouges, les vaisseaux dilatés au maximum, si bien que, par places, on croirait avoir sous les yeux tantôt du foie, tantôt de la rate.

La particularité saillante, qui se retrouve dans tous les organes, est l'élément congestif, mais ici il prend une importance considérable. Les bronches sont atteintes au maximum et il ne semble pas douteux que là a été le point de départ de l'altération alvéolaire ; mais l'altération des bronches semble elle-même dominée, dépassée par la congestion vasculaire péribronchique. Les vaisseaux bronchiques, largement dilatés, enserrent, entourent les bronches depuis les plus grosses jusqu'aux plus petites d'un large anneau sanguin. Anneau qui se continue par des ramifications serpentines à travers le parenchyme pulmonaire, dont il dissocie les cellules.

Les reins ont subi la même action dégénérative et congestive. Cet élément congestif est partout, aussi bien dans le pancréas, les capsules surrénales que dans les parois gastriques et intestinales. Le cœur et l'aorte n'ont pas d'altérations caractéristiques. L'étude des papules simples et érosives démontre le même élément congestif cutané, sans infiltration nette, mais avec des modifications épidermiques rappelant ce qu'on rencontre dans l'aspect histologique du pemphigus infantile.

En résumé, si on envisage l'ensemble des lésions, il semble que l'altération veineuse portale a été le point de départ d'altérations vasculaires qui ont dans tout l'organisme provoqué des lésions congestives multiples, intenses, et des modifications cellulaires généralisées.

Un point des plus importants est à mentionner : c'est qu'il n'existe nulle part, même dans la peau, de lésions pouvant rappeler le caractère des lésions syphilitiques.

M. Barthélemy. — Je demande à M. Gastou de nous signaler, plus en détail, l'état de santé des enfants nés antérieurement à celui qui fait l'objet de son observation. Ce que j'en retiens aussi, c'est ce fait que l'enfant atteint de cette hérédo-syphilis si intense est né d'une mère qui a eu la syphilis il y a vingt ans. Ce laps de temps est évidemment trop long pour que l'on puisse mettre en cause l'influence héréditaire de l'infection maternelle. Si j'ai bien compris, la santé des autres enfants a montré une atténuation graduelle de l'infection et des stigmates héréditaires. On peut voir en ville de très nombreux cas où, après vingt ans et même après un temps bien moindre, les enfants viennent sains, bien que les parents fussent parfois tous deux de vrais syphilitiques. Pour qu'après vingt ans l'hérédité maternelle se fît sentir avec une recrudes-

cence d'intensité, il faudrait que la mère n'ait jamais suivi aucune espèce de traitement spécifique (que dit à ce point de vue l'observation ?). Et encore, même dans les cas de non traitement, la règle est qu'après vingt ans, l'influence héréditaire d'un des géniteurs, même celle de la mère qui est toujours prépondérante, est à peu près éteinte et ne donne lieu, quand il y a quelque chose, qu'à des stigmates para-héréditaires atténués.

De ces faits, il résulte que je considère l'hérédo-syphilis dont on nous expose l'observation comme provenant, non pas de la mère, mais du père accidentel, qui est atteint de syphilis relativement récente.

L'observation de M. Gastou soulève en effet l'importante question de la syphilis transmise à l'enfant par la syphilis du père seul. Ici il y a à noter ce fait que la syphilisation de la mère n'a pas protégé l'enfant contre la syphilis du père.

La transmission aux enfants de la syphilis exclusivement paternelle a été contestée par divers observateurs, surtout étrangers, et par des accoucheurs, mais on a donné contre elle des arguments plutôt de laboratoire que de clinique, et l'observation a permis au contraire d'en affirmer l'existence d'une manière indiscutable.

J'en ai rapporté ici même une observation des plus concluantes. Il s'agit d'une jeune fille de très belle santé et de forte constitution qui est née d'une mère absolument saine et que j'ai observée de très près pendant près de vingt ans, dans toutes les indispositions et maladies de famille. Soudain, à 20 ans, cette jeune fille fut atteinte de gomme typique de la jambe. Or, elle est née d'une mère absolument saine, mais d'un père qui a eu une syphilis bénigne trois ans avant la naissance de la jeune fille et qui s'en est traité insuffisamment parce que précisément sa syphilis était si bénigne, du moins en apparence, qu'il s'était cru absolument guéri.

Je ne veux pas insister ; ce n'est pas incidemment d'ailleurs que l'on peut étudier ce chapitre intéressant de la grande question de la syphilis conceptionnelle. J'ai voulu seulement signaler ici une nouvelle preuve de l'existence de l'hérédo-syphilis par voie exclusivement paternelle.

M. Fournier. — J'insiste particulièrement sur l'importance de la mort subite dans les cas de syphilis infantile héréditaire. J'en ai vu avec Blot, deux cas survenir dans la même famille sur deux enfants surveillés journellement, en particulier le second, et chez lesquels à aucun moment rien n'a pu être démontré. Ces enfants sont morts sans raisons apparentes vers la sixième semaine.

M. Leredde. — J'ai eu l'occasion de faire, dans le service de M. Albert Robin, l'autopsie d'un syphilitique porteur d'un chancre induré.

Il mourut subitement et malgré l'étude anatomique la plus complète, il me fut impossible de découvrir la cause de la mort.

M. Barthélemy. — Je joins le résultat de mes observations personnelles à l'expérience de notre excellent maître le professeur Fournier. J'ai observé plusieurs cas de mort subite chez des sujets hérédo-syphilitiques, alors qu'à l'autopsie on ne trouvait, même après un examen minutieux et total, aucune cause macroscopique de la mort subite. Ces derniers faits avaient lieu, comme dans les cas qui viennent d'être signalés par MM. Gastou

et Fournier, chez de jeunes enfants. Qu'il me soit permis de rappeler à la mémoire de M. Fournier un cas de mort subite chez un enfant de 5 à 6 ans, né d'un père syphilitique et d'une mère saine. Quand j'avais l'honneur d'être chef de clinique à Saint-Louis, M. Fournier m'envoya en ville faire la nécropsie de cet enfant. Je puis déclarer que cette autopsie a été faite complètement, et le plus soigneusement possible. Or, ni au cerveau, ni au cœur, ni ailleurs, il ne fut trouvé aucune lésion pouvant expliquer cette mort subite chez un hérédo-syphilitique âgé de 5 ou 6 ans.

I. Phagédénisme tertiaire de la verge chez un hérédo-syphilitique. — II. Sclérose cérébrale et idiotie chez un hérédo-syphilitique.

Par M. Edmond Fournier.

J'ai l'honneur de vous présenter ce malade, affecté depuis plusieurs mois d'une ulcération phagédénique de la verge.

Agé de 19 ans, ce jeune homme est issu de parents réputés bien portants mais que je n'ai pu examiner.

Je sais seulement que la mère de ce malade a eu neuf enfants; les six premiers sont morts en bas âge, les trois derniers survivent. Ce jeune homme, qui est l'avant-dernier, est, s'il faut l'en croire, le seul malade de la famille.

Il a été élevé en nourrice; son enfance a été très chétive et son développement s'est fait très tardivement.

Il a parlé très tard; il a uriné au lit jusqu'à l'âge de 4 ans ; ses oreilles ont coulé et il a souffert de maux d'yeux, mais tous ces renseignements sur sa première enfance, fournis par lui-même, sont peu précis.

Il présente aux fesses de vastes cicatrices qui sont dues, croit-il, à des brûlures consécutives à une chute dans un poêlon d'eau chaude.

A l'âge de 13 ans, à la suite d'un coup, il a présenté à la jambe gauche une ulcération profonde qui a évolué durant huit mois, a nécessité une opération et a guéri sous l'influence d'un traitement resté indéterminé. Aujourd'hui, on constate au niveau de l'ancienne ulcération une cicatrice étoilée et une hyperostose volumineuse du tibia gauche.

Un an plus tard environ, c'est-à-dire vers l'âge de 14 ans et demi, a évolué une kératite interstitielle qui a été vue et soignée par le Dr Galezowski et qui a guéri sans presque laisser de traces apparentes, sous l'influence d'un traitement spécifique qui a consisté en frictions mercurielles et ingestion de sirop de Gibert.

Ce malade me paraît donc bien être un hérédo-syphilitique et cette opinion, basée sur ses antécédents héréditaires, sur ses lésions osseuses et oculaires, est encore appuyée par la triade d'Hutchinson qu'il présente sous forme : 1° de diminution très accusée de l'audition du côté droit ; 2° d'érosions dentaires en sillons sur les incisives médianes supérieures, d'atrophie cuspidienne de la canine droite et 3° de stigmates oculaires se résumant en ceci : Œil gauche, trouble de la partie externe de la cornée gauche,

reste de kératite interstitielle ; myopie ; bords de la papille un peu flous ; teinte ardoisée péri-papillaire assez étendue. Veines volumineuses. Œil droit : teinte ardoisée péri-papillaire trés étendue ; veines volumineuses. (Examen du Dr Schrameck.)

La lésion que le malade présente à la verge a débuté il y a trois mois et demi d'une façon aiguë par une balanite avec phimosis et un écoulement purulent pris alors pour une blennorrhagie. Il me faut dire immédiatement que ce début s'est manifesté (le malade est très affirmatif sur ce point) plus de vingt jours après tout rapport sexuel, ce qui me semble exclure du coup, avec la blennorrhagie, toute hypothèse de chancre simple.

Deux mois après a débuté la tuméfaction de la verge qui devint considérable, et un médecin dut intervenir alors en sectionnant à la face dorsale le prépuce qui déjà depuis trois ou quatre jours présentait sur ses bords une petite ulcération.

Une adénopathie assez considérable et douloureuse occupait alors l'aine gauche.

La section du prépuce faite, on découvrit alors à la face inférieure du gland une vaste ulcération qui avait déjà détruit près d'un quart du gland et commençait à envahir le prépuce.

Depuis lors, cette ulcération a eu une marche régulièrement progressive ; elle a actuellement détruit près d'un tiers du gland ; elle a ouvert dans toute l'étendue du gland, l'urèthre à sa face inférieure et elle a presque complètement détruit en entier le prépuce dont il ne reste plus qu'un petit lambeau à la face dorsale de la verge.

Concurremment à cette marche envahissante, mais dans un sens tout opposé, l'adénopathie inguinale a rétrocédé, et si elle existe encore aujourd'hui, elle est, au dire du malade, insignifiante, relativement à ce qu'elle était au début.

Cette lésion phagédénique de la verge ne saurait, en raison des conditions étiologiques, être un chancre mou phagédénique. On ne peut pas davantage, je crois, penser ici à une lésion néoplasique : l'indolence remarquable de la lésion, les caractères de l'adénopathie, l'absence des signes objectifs si particuliers aux néoplasmes, l'âge même du malade ne peuvent s'accorder avec une telle opinion.

Le chancre induré phagédénique ne peut être incriminé en raison de l'absence absolue de tout phénomène secondaire.

Il ne reste donc d'acceptable que l'hypothèse d'une lésion syphilitique tertiaire et, en présence de tout signe négatif de syphilis acquise et des signes positifs multiples qui plaident en faveur d'une syphilis héréditaire, je crois pouvoir sans erreur dire qu'il s'agit ici d'un phagédénisme de la verge par hérédo-syphilis.

La qualité syphilitique du phagédénisme paraît d'ailleurs démontrée par l'influence bienfaisante que semble provoquer le traitement ioduré, institué depuis quelques jours seulement.

Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que semblable fait a été

enregistré ; je n'en veux, pour exemple, que cette photographie faite dans le service de mon père il y a quatorze ans.

L'histoire du malade est en tous points comparable à celle du jeune homme que je vous présente aujourd'hui.

Issu d'un père qui avait été longtemps soigné pour des ulcérations syphilitiques à l'aide d'iodure de potassium ; d'une mère qui avait eu 5 enfants, dont 4 morts en bas âge et un seul survivant, le malade, actuellement âgé de 29 ans. Présentant, comme stigmates d'hérédo-syphilis, de nombreuses cicatrices fessières, lombaires et crurales, une malformation crânienne très accusée avec bosses frontales très saillantes, des leucomes des deux cornées, restes d'ophthalmies chroniques ayant évolué dans l'enfance, des sillons dentaires très accusés, ce malade était atteint, au moment où il entra à l'hôpital, d'une exostose temporale, d'une périostose gommeuse sternale et d'un phagédénisme de la verge qui avait anéanti le prépuce, détruit les quatre cinquièmes du fourreau, perforé l'urèthre sur une étendue de plusieurs centimètres, dénudé les corps caverneux et rongé la presque totalité du gland.

Ce phagédénisme, qui était en évolution depuis huit mois et qui avait été pris pour un chancre mou phagédénique et traité comme tel sans succès, guérit avec une rapidité surprenante sous l'influence d'un traitement ioduré intensif.

Il m'a paru intéressant de rapprocher ces deux observations similaires et de comparer ces deux lésions phagédéniques tertiaires de la verge survenant tardivement chez des hérédo-syphilitiques âgés respectivement de 19 et de 29 ans.

Je veux aussi vous présenter cet enfant, âgé de 4 ans, Henri L..., qui est un type parachevé d'idiot.

Le père de cet enfant est mort accidentellement. Il était suspect de syphilis ; il avait eu à plusieurs reprises des stomatites assez intenses, vraisemblablement dues à l'ingestion de mercure.

La mère a présenté, il y a trois ans et demi, des lésions vulvaires puis des lésions ulcéro-croûteuses aux jambes, pour lesquelles un médecin a prescrit de l'iodure de potassium. Elle avait, dit-elle, « une maladie vénérienne ».

Elle a eu de son mari deux enfants.

Le premier est mort au bout de vingt-quatre heures ; il était hydrocéphale : le front de cet enfant se laissait déprimer sous le doigt, dit-elle, comme s'il avait été en carton.

Le second est l'enfant que je vous présente et qui me paraît manifestement entaché d'hérédo-syphilis.

A cinq mois, il a eu un écoulement nasal très abondant, purulent et très fétide.

A sept mois, il a eu des convulsions qui depuis lors n'ont pas cessé ; il a parfois, dit la mère, jusqu'à quarante ou cinquante crises convulsives par jour.

Ne pouvant ni parler, ni marcher ; réduit à pousser quelques sons inar-

ticulés ; sourd, gâteux, cet enfant est dénué de toute trace d'intelligence. Il ne reconnaît pas sa mère et il reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui.

En dehors de cette sclérose cérébrale, je n'ai trouvé chez lui, comme stigmates d'hérédo-syphilis, que :

1° Des testicules petits et durs ;

2° Du prognathisme du maxillaire supérieur ;

3° Une échancrure d'Hutchinson très nette sur les deux incisives médianes supérieures, bien que ce soient encore des dents de lait et que l'érosion dentaire soit très rare sur les dents de première dentition.

M. Alfred Fournier. — J'appelle l'attention de la Société sur un fait absolument anormal, c'est-à-dire sur ce fait d'une échancrure d'Hutchinson sur les dents de première dentition.

M. Barthélemy. — J'ai observé comme M. Ed. Fournier l'extrême rareté de la disposition hutchinsonnienne semi-lunaire des incisives médianes supérieures pour les dents de la première dentition.

Ce que j'ai observé aussi, c'est la très grande altération de la presque totalité des dents de la première dentition sur des sujets hérédo-syphilitiques certains et n'étant pas atteints d'une autre tare : dents striées, petites, fragiles, ébréchées, cariées, noircies et typiques, mal formées et mal plantées, écartées les unes des autres, portant les stigmates de la dystrophie totale, d'origine syphilitique, sans autre cause invocable. A l'aspect de ces dents, le diagnostic ne peut pas hésiter. Le traitement spécifique intervient et la modification se fait ; mais ce résultat favorable peut avoir lieu même lorsque le traitement mercuriel et iodique n'a pas été administré.

Cette modification est réalisée par la puberté. Elle consiste en ce que les dents de la seconde dentition peuvent être si exemptes de toute tare ou de toute dystrophie qu'aucune personne ne pourrait, de par elles, faire le diagnostic différentiel. J'ai observé plusieurs fois des faits analogues.

Alopécie atrophiante en clairières (Pseudo-pelade de Brocq).

Par M. J. Darier.

Le malade que je vous présente est atteint d'une de ces alopécies atrophiantes ou cicatricielles en clairières, dites aussi pseudo-peladiques ou pseudo-faviques, qui sont encore mal connues et mal classées.

Le cas actuel est des plus nets par ses caractères, et concerne un homme intelligent, renseignant bien sur l'évolution de sa maladie ; cependant je me déclare incapable, parmi les facteurs étiologiques et pathogéniques qui peuvent ici se trouver en jeu, de décider lequel doit être incriminé.

Je fais appel à mes collègues pour savoir dans quelle direction il faut diriger mes investigations ultérieures.

M. X..., âgé de 33 ans, homme de lettres, a remarqué que depuis un an ses cheveux tombent en abondance et que son cuir chevelu se dépouille.

On trouve, en effet, la tête couverte de petites surfaces déglabrées, innombrables, dont l'ensemble représente environ le tiers de la surface totale du cuir chevelu. Elles abondent surtout sur le sommet et dans la région occipitale. Ces surfaces sont rondes, de l'étendue d'une petite lentille à celle d'une pièce de 20 centimes ou de 50 centimes, isolées ou confluentes en réseau et en nappes à contour polycyclique, dont aucune pourtant n'atteint la largeur d'une pièce de 5 francs. Nulle part elles n'entament la bordure du cuir chevelu et s'arrêtent, au contraire, notamment en arrière et en avant, à 1 ou 2 centimètres de cette bordure.

Au niveau de ces taches, la peau est absolument lisse, douce au toucher, dépourvue de toute trace de follicule et de poil follet, déprimée un peu, et de teinte légèrement rosée. Leur limite est absolument nette. Autour d'elles et dans les travées qui séparent les taches ou nappes en réseaux, le cuir chevelu apparaît absolument sain et normal. Il n'y a notamment aucune trace de pityriasis ou de séborrhée, aucun cheveu cassé ou atrophié, et l'on ne découvre *en aucun point la moindre trace d'une folliculite* en évolution.

Les cheveux du sujet sont noirs, vigoureux, plutôt gros et ondulés. Ils continuent à tomber; au dire du sujet, il en perdrait de 30 à 40 par jour, et son alopécie augmente. Les cheveux qui se détachent ne sont aucunement atrophiés et tombent avec un bulbe plein, non effilé; souvent leur racine apparaît entourée d'une gaine translucide.

J'insiste sur le fait, qu'ayant examiné le malade avec soin à quatre reprises depuis trois mois, je n'ai jamais constaté de pustules ou de papules péripilaires, de folliculites en d'autres termes.

Le début de la maladie s'est accompagné de démangeaisons intenses, qui aujourd'hui ont diminué; la sensibilité des taches et des zones saines est normale.

Les sourcils, les cils, la barbe et la moustache sont très fournis et absolument indemnes de toute alopécie, de toute folliculite et de toute trace de kératose pilaire. J'ajoute que la même intégrité se trouve sur tout le corps, sur le thorax, aux aisselles, etc. Les ongles sont absolument normaux.

Seules deux autres régions offrent de l'alopécie : ce sont le pubis et la jambe droite.

Au pubis le mal a commencé il y a un an et demi, soit six mois avant l'alopécie crânienne. En ce point le début a été marqué par des accidents importants : il s'est formé de gros boutons croûteux, larges d'un demi-centimètre, profondément indurés, disposés en couronne et durant chacun pendant plusieurs semaines; il s'agissait probablement de syphilides. Elles ont disparu au bout de deux mois sans traitement; mais à ce moment l'alopécie a commencé et elle persiste depuis ; actuellement on trouve au pubis, de chaque côté de la verge, une tache glabre ovalaire de 3 à 4 centimètres de diamètre, sans modification de l'apparence de la peau.

A la jambe droite, toute la partie antérieure et une portion de la surface externe du mollet sont totalement dépourvues de poils, sans changement de

structure de la peau. Le malade attribue le fait à ce qu'il a porté pendant un certain temps un bas à varices, ce qui ne saurait suffire. Ici encore, toute folliculite fait défaut.

Le malade est de tempérament nerveux à un haut degré. A la suite d'excès vénériens et de soucis, il a été très fortement débilité.

Il a contracté la syphilis il y a 7 ans et s'est bien soigné pendant 3 ans.

Il est porteur, en outre, de deux espèces de lésions rares, qui sont du reste sans relation apparente entre elles et avec son alopécie. On lui trouve en effet des *lipomes multiples*, bien typiques, un à chaque avant-bras, du volume d'une amande, un à chaque cuisse, 4 ou 5 fois plus gros.

D'autre part, il présente sur le thorax et particulièrement près des clavicules de petites papules rosées et jaunâtres qui me semblent être des *idradénomes*. Je n'insiste pas sur ces lésions qu'il y aura lieu d'étudier plus amplement.

Je lui ai prescrit un traitement antisyphilitique qui a été difficilement supporté et n'a amené aucune modification dans l'état de son système pileux ; un traitement local par le soufre et l'huile de cade est également resté sans effet.

Il est de toute évidence que cette alopécie constitue une forme morbide bien spéciale ; j'en ai observé déjà 4 cas semblables, dont 3 chez des hommes et un sur une femme ; tous les sujets étaient âgés de 18 à 40 ans.

Elle diffère de la pelade par l'absence d'atrophie des cheveux avant leur chute et dans le voisinage des plaques, ainsi que par la disparition totale et définitive des follicules au niveau des points envahis.

Elle diffère de l'alopécie en clairière des syphilitiques par les mêmes caractères, et d'ailleurs celle-ci n'est jamais absolue et presque toujours très précoce dans la syphilis.

Elle diffère profondément, sans que j'aie besoin d'insister, des alopécies en tache du lupus érythémateux et de la sclérodermie.

Elle se distingue de l'acné décalvante et des alopécies pseudofaviques, par l'absence absolue et constante de toute folliculite.

Doit-on incriminer un trouble trophique, ou une maladie parasitaire locale, comme il est plus que probable ? Mais où chercher le parasite ?

Je me propose d'étudier le cas plus à fond, par la biopsie si le malade y consent, et par les cultures. Si j'arrive à quelque résultat, j'en entretiendrai la Société ultérieurement.

Pelade pseudo-syphilitique à petits îlots multiples.

Par M. Alfred Fournier.

L..., âgé de 20 ans, se présente il y a quelques jours à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

A première vue et à distance, je le juge affecté de syphilis de par l'état de sa chevelure qui me semble présenter le type parfait de la variété d'alopécie syphilitique que j'ai décrite sous le nom d'*alopécie en clairières* et en petites clairières multiples.

Mais un examen plus attentif me démontre bientôt l'erreur que j'ai commise par le fait d'une première impression objective. Ce n'est pas d'une alopécie syphilitique qu'il s'agit, mais bien d'une pelade, et cela bien nettement, indiscutablement, de par la série de raisons que voici :

1° D'abord, il existe dans la barbe de larges îlots d'aspect manifestement peladique. De plus, les aisselles sont absolument glabres, et l'on trouve même un placard glabre sur la face interne de la jambe gauche.

2° En second lieu, plusieurs des clairières du cuir chevelu offrent l'aspect peladique de par une *dépilation absolue*, complète, telle que n'en réalise pas la syphilis.

3° Sur nombre de points, on trouve des *cheveux cassés*, comme dans la pelade à cheveux fragiles (ce qu'on ne rencontre pas dans la syphilis).

4° Enfin, le malade déclare n'avoir jamais eu la moindre affection vénérienne, et il ne présente actuellement aucun signe de syphilis.

Son histoire, en revanche, est la suivante : il est affecté de pelade depuis quatre ans. Le début de la maladie s'est fait à la nuque par de petites plaques disséminées qui se sont peu à peu réunies pour constituer une très vaste plaque occupant presque toute la surface du cuir chevelu. Les cheveux ont repoussé après un certain temps. Puis, après une série de guérisons relatives et de recrudescences, la maladie s'est maintenue à peu près dans l'état où elle se présente aujourd'hui.

D'autre part, en 1898, la pelade a envahi le corps et s'est presque généralisée.

Alors, tous les poils du tronc et des membres seraient tombés, affirme-t-il, à l'exception d'une seule région, la région pubienne, qui toujours a été complètement respectée.

Il ne connaît d'ailleurs aucune raison qui ait pu inciter ni l'invasion première de la maladie, ni les recrudescences diverses qu'elle a présentées. Cultivateur, il vit à la campagne dans de bonnes conditions hygiéniques. Il n'a éprouvé ni chagrins, ni commotion morale, ni commotion physique. Il n'a jamais eu d'accidents nerveux. Il a pour habitude de se faire couper les cheveux à la tondeuse et de se faire raser chez un coiffeur.

Le point spécial sur lequel j'appelle l'attention est l'état actuel de la chevelure qui est littéralement criblée d'une foule de petites oasis dénudées, oasis de dimensions variables, les unes ne dépassant pas les proportions d'une lentille ou d'un pépin de poire, d'autres comparables à un petit haricot, quelques-unes seulement plus larges, de la dimension de l'ongle du petit doigt ou de l'index. Ces états de dénudation sont séparés les uns des autres par des surfaces où la chevelure est intacte, mais peu fournie.

Cet état de la chevelure est généralisé à tout le cuir chevelu, mais notablement plus accusé au niveau des régions temporales et surtout

à la région occipitale. En sorte que d'ensemble cette *pelade à îlots petits et multiples* simule absolument au premier aspect (mais au premier aspect seulement) l'alopécie syphilitique en clairières.

Je proposerai pour cette forme particulière de la maladie le nom de *pelade pseudo-syphilitique à petits îlots multiples.*

M. Brocq. — Il n'y a aucune parité à établir entre le malade de M. Fournier et celui de M. Darier. Ce sont deux affections tout à fait différentes.

J'ai le premier décrit en 1885 la dermatose présentée par le malade de M. Darier et je lui ai donné le nom de pseudo-pelade. Elle se manifeste, sur le cuir chevelu, sous forme d'îlots glabres, d'apparence cicatricielle; elle évolue avec des points d'attaque multiples successifs disséminés çà et là sur le cuir chevelu, sans ordre ni méthode. Les cheveux ne sont pas atrophiés comme dans la pelade, ils sont engainés. Les bulbes pileux sont détruits pour toujours et les papilles atrophiées. A côté des plaques dénudées, les cheveux restent florissants et sains.

J'ignore le mécanisme et la cause de cette pseudo-pelade qui n'est ni du favus guéri, ni de la pelade, ni une alopécie syphilitique. Parfois le cuir chevelu est un peu rouge au niveau des cheveux qui sont atteints, mais il n'y a jamais formation de véritable pustule.

Tout autre est un second type d'alopécie qui correspond à une variété de folliculite dénommée par Lailler et Melchior-Robert acné décalvante. Il y a, dans ces cas, au début une véritable folliculite, de la rougeur, de la suppuration et il se produit par ce mécanisme des plaques déglabrées, atrophiques, cicatricielles, analogues comme aspect, quand elles sont constituées, à celles du type précédent. Cette affection siège surtout au cuir chevelu.

Un troisième type alopécique est ce que j'ai décrit sous le nom de sycosis lupoïde de la barbe. Ducrey et Stanziale ont repris dernièrement l'étude de cette affection qui est consécutive à des folliculites disséminées et agminées à la suite desquelles se fait une cicatrice centrale. J'ai rapproché le sycosis lupoïde de l'acné chéloïdienne de la nuque.

M. Jacquet. — Je suis d'avis qu'il y a lieu de différencier ces différentes sortes de pelades. Il convient de laisser à l'affection que présente le malade de M. Darier le nom de pseudo-pelade que lui a donné M. Brocq.

Chez le malade de M. Fournier, il existe en effet une pelade vraie, semblable à l'alopécie en clairières, mais ce malade est plus complexe qu'il ne paraît de prime abord. Il faudrait faire l'étude chimique du malade, chercher chez lui les troubles urologiques que j'étudie en ce moment chez les peladiques avec M. Portes, pharmacien en chef de cet hôpital.

Chez la plupart des peladiques, on rencontre de l'hypophosphatie et de l'hyperchlorurie.

Je signale chez le malade de M. Fournier trois particularités qui me paraissent des plus importantes : 1° l'existence d'une plaque peladique mentonnière, sur la fréquence de laquelle Ciarrochi a appelé l'attention ;

2° si on compare les sensations données par le toucher fait au niveau de la plaque alopécique et celui fait sur la peau du voisinage, on voit qu'au niveau de la première la peau est atrophiée ; enfin ce malade présente des lésions dentaires et sa mère est édentée : faits de coïncidence sur lesquels j'ai déjà attiré l'attention dans une communication antérieure.

M. FOURNIER. — Malgré son incurie et l'absence de soins buccaux, il me semble que mon malade n'a pas les dents en état particulièrement mauvais pour son âge.

M. JACQUET. — Pour ma part, après un examen attentif, je ne partage pas l'opinion de M. Fournier. Il manque au malade, de chaque côté de la mâchoire inférieure, 4 dents ; autant à la mâchoire supérieure, ce qui fait 8, sans compter 3 à 4 dents caverneuses par carie. Il me semble que cela ne constitue pas une bonne dentition. Mais, pour voir ces lésions dentaires, il faut les rechercher. L'incurie n'explique pas tout ; notre collègue, le Dr Frey, a remarqué combien fréquentes étaient les bonnes dentitions chez des sujets qui n'en avaient jamais eu aucun soin alors que d'autres, très soucieux de l'état de leur bouche, avaient autant de caries que de dents.

J'insiste donc sur la coexistence de la pelade et des lésions dentaires chez le sujet et chez ses ascendants.

M. DARIER. — Je demanderai à M. Brocq si la clinique peut indiquer la nature de l'affection dans mon cas : est-elle le résultat d'une maladie générale ? d'une affection locale parasitaire ou non ? Quel est son degré de contagiosité ? Sur quelles bases peut-on l'étudier ?

M. HALLOPEAU. — Je ferai remarquer que ce malade peut avoir deux affections : une pseudo-pelade cicatricielle du cuir chevelu et une pelade vraie du pubis, la première étant peut-être d'origine syphilitique.

M. BROCQ. — Il ne s'agit pas ici de lésions syphilitiques. J'ai dit que dans ces cas l'alopécie est primitive et nullement consécutive à des lésions antérieures. Les cultures ne donnent rien de net ; les microbes rencontrés sont quelconques, ainsi que l'ont constaté Veillon et Sabouraud. L'hypothèse de troubles trophiques est assez peu probable si l'on considère la dissémination irrégulière de la maladie.

Je n'ai pas observé de faits de contagion. En somme, on ne connaît de cette affection ni l'étiologie, ni la pathogénie, ni le traitement.

M. FOURNIER. — N'a-t-on pas trouvé de syphilis dans les antécédents de la pseudo-pelade et n'est-elle pas para-syphilitique ?

M. BROCQ. — Je n'ai pas d'opinion ferme à ce sujet, l'ayant rencontré aussi bien chez des syphilitiques que chez des personnes qui ne l'étaient pas.

M. DARIER. — C'est le cinquième cas que je vois, et dans les quatre cas précédents il n'y avait pas de syphilis.

M. DU CASTEL. — Je demanderai à M. Brocq s'il n'a pas constaté, comme je l'ai fait, l'existence, dans les pseudo-pelades, de folliculite sèche.

M. Brocq. — Je n'ai pas vu de folliculite vraie, mais il y a quelquefois de l'érythème et de la tuméfaction à la base du poil qui va être détruit.

Asphyxie des mains avec plaque de sphacèle cutané au-dessus du poignet droit.

Par M. Danlos.

Homme de 40 ans, vendeur aux Halles, non alcoolique, peut-être tuberculeux (fistule anale, avec hémoptysie, amaigrissement notable depuis quelques mois, *sans signes physiques*), chez lequel, à l'occasion des derniers froids, se développa avec ses symptômes ordinaires, fourmillements, douleurs, engourdissements, cyanose et refroidissement, une asphyxie limitée aux mains et au tiers inférieur des avant-bras. Au troisième jour de celle-ci, apparut un peu au-dessus du poignet droit, sur la face antérieure de l'avant-bras, une plaque de gangrène cutanée superficielle, noire, déprimée, à contour déchiqueté, de la grandeur d'une pièce d'un franc. Aucune cause locale, traumatisme, compression, etc., ne peut être invoquée. Les urines ne sont ni sucrées, ni albumineuses ; l'artère humérale peut être un peu athéromateuse, mais l'examen du cœur est négatif. L'intérêt de ce cas est dans la localisation du sphacèle qui, au lieu de se montrer comme d'habitude à l'extrémité des doigts, s'est localisé loin des extrémités, au-dessus du poignet.

La main gauche, également asphyxique, était indemne de gangrène; mais le malade ressentait dans les mouvements actifs du poignet une douleur vive.

L'examen direct montrait l'intégrité de la jointure et des gaines tendineuses.

La douleur était localisée à l'ouverture inférieure des tendons radiaux et ne se manifestait qu'à l'occasion de leur mise en activité.

Cet homme présentait en outre, depuis plusieurs mois, un lichen plan à tendance atrophique des jambes.

M. Morel-Lavallée. — Ce malade présente également de l'érythromélagie, et à son sujet je ferai remarquer que la gangrène dite symétrique ne l'est souvent pas.

Adéno-lipomatose symétrique.

Par MM. Alfred Fournier et R. Bensaude.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter est atteint d'adéno-lipomatose symétrique et ressemble à deux autres sujets qui ont déjà été montrés à la Société, l'un en 1893 par MM. Hallopeau et Jeanselme, l'autre en 1896 par M. Du Castel (1).

(1) Hallopeau et Jeanselme. *Bullet. Soc. de dermatologie et de syphiligraphie*, 16 février 1893, p. 195.
Du Castel. *Bull. Soc. de dermatologie et de syphiligraphie*, 1896.

Cette curieuse affection n'est d'ailleurs pas aussi rare en France qu'on aurait pu le croire d'après le petit nombre d'observations qui avaient tout d'abord été publiées sous les noms les plus divers, tels que : gangliite, névromes plexiformes, lipomes multiples, lipomes symétriques d'origine nerveuse, lipomes diffus du cou et de la nuque, lymphadénie à forme lipomateuse.

Depuis la communication de M. P.-E. Launois à la Société médicale des hôpitaux (1), on a rapporté une dizaine d'observations nouvelles (2), et nous connaissons au moins 4 autres cas dont l'histoire clinique est encore inédite.

L'observation que nous publions aujourd'hui vient confirmer les notions déjà acquises sur l'adéno-lipomatose symétrique, tout en présentant quelques particularités qui nous ont paru dignes d'intérêt :

Léon Ilt..., âgé de 46 ans, boulanger, est entré le 29 décembre 1900 dans le service de M. le professeur Fournier, salle Saint-Louis, n° 33. Il est né à Tollerem, en Alsace.

C'est un homme robuste, bien musclé, à la figure rouge, mais d'aspect peu intelligent. Il raconte l'histoire de sa maladie d'une façon peu précise.

Il y a cinq ans, il s'est aperçu par hasard de l'existence de tumeurs à la nuque, à la base du cou, dans le creux sus-claviculaire et à la partie supérieure du dos.

Ces tumeurs ne lui causaient aucune douleur, aucune gêne dans les mouvements, aussi ne s'en inquiéta-t-il pas tout d'abord. Ce n'est qu'au bout d'un an, lorsqu'elles avaient pris un assez grand développement, qu'il se décide à aller à l'hôpital Cochin. Il fut admis dans le service du Dr Quénu, et M. Longuet lui enleva les tumeurs situées dans les fossettes rétro-mastoïdiennes, au sommet des deux épaules et dans les creux sus-claviculaires et sus-sternal. Les suites opératoires furent bonnes et le malade sortit débarrassé en grande partie de ces difformités.

Au niveau des fossettes rétro-mastoïdiennes, la guérison fut radicale, mais dans les autres régions, les tuméfactions se reformèrent peu à peu et il y a deux ans, le malade s'aperçut de nouvelles formations graisseuses

(1) LAUNOIS et BENSAUDE. *Bullet. Soc. méd. des hôp.*, 7 avril 1898.

(2) JEANSELME et BUFNOIR. *Bull. Société méd. des hôpitaux*, mai 1898.

REHNS. *Thèse de Paris*, 1898.

RICARD. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, p. 1118, séance du 14 décembre 1898.

DEMONS. *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 29 décembre 1899.

A. PITRES. *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 9 juin 1899. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1899, n° 34, p. 394.

TAPIE. *Thèse de Paris*, 1899, inspirée par M. LEGUEU.

LAUNOIS et BENSAUDE : *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1900.

BONNEFOND. *Thèse de Paris*, 1900, inspirée par M. MAUCLAIRE.

Pour éviter toute confusion, nous ajouterons que M. Dalché avait déjà publié en 1897 l'observation du malade présenté par MM. G. Thibierge et Pagniez, le 1er décembre 1899, à la Société médicale des hôpitaux.

au niveau de la région pré-auriculaire et dans la région antéro-inférieure du cou.

Ces diverses tuméfactions ont continué à augmenter de volume et *à l'heure actuelle* le malade présente des lipomes diffus dans la région cervico-faciale et dans différentes autres régions du corps.

A la face, on remarque un élargissement notable que produisent deux tuméfactions préauriculaires saillantes du volume d'une noix environ.

Au-dessous du menton il existe un bourrelet peu marqué ressemblant au double menton des gens obèses.

Une tuméfaction bien plus volumineuse occupe la partie antéro-inférieure du cou, recouvrant la poignée du sternum qu'elle déborde des deux côtés. Cette tumeur, du volume d'un poing, est divisée en deux moitiés symétriques par une légère dépression médiane. Elle ressemble, au premier abord, plus à un goitre volumineux qu'à un adéno-lipome.

Les deux creux sus-claviculaires sont comblés par des masses adipeuses mal délimitées ; celui du côté droit se continue en arrière avec une tumeur du creux sus-épineux. Ces masses lipomateuses semblent d'autre part en rapports avec deux tumeurs allongées situées au-dessous de la moitié externe de la clavicule et paraissent occuper le sillon qui sépare le deltoïde du grand pectoral.

La partie postérieure et médiane du cou est recouverte par un lipome diffus difficile à délimiter. Un lipome mobile semblant nettement circonscrit siège sur le côté gauche de la vertèbre proéminente. Il n'y a pas de tumeur similaire sur le côté droit.

La fosse sus-épineuse du côté gauche est entièrement cachée par une grosse tumeur arrondie, du volume d'un poing. Une tumeur analogue se trouve du côté droit et se continue en avant avec la masse adipeuse du creux sus-claviculaire. Sur la face postérieure du corps on ne voit pas d'autre tumeur, si ce n'est à la région sacrée où il existe une masse lipomateuse plate disposée symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, formant un triangle à base supérieure et à sommet inférieur. Aux membres supérieurs on relève les particularités suivantes : deux coussinets graisseux dans le creux de l'aisselle de chaque côté, une tuméfaction diffuse au tiers supérieur de la face interne des deux bras, un lipome allongé siégeant au-dessous du pli du coude sur la face antérieure des deux avant-bras. La partie inférieure des avant-bras et les mains sont indemnes.

Les membres inférieurs paraissent également indemnes à un examen superficiel. Cependant le triangle de Scarpa est comblé par des tumeurs graisseuses diffuses, plus volumineuses à gauche qu'à droite. Il semble aussi exister un petit lipome aplati au niveau du tiers supérieur de la cuisse, à l'union de la face antérieure et de la face externe. La peau n'adhère nulle part aux lipomes sous-jacents. Les deux tumeurs pré-auriculaires sont recouvertes par une peau rouge irritée. De grosses veines sinueuses sillonnent la peau des régions sous et sus-claviculaires droites. De plus, on voit au niveau des lipomes de la région cervico-faciale de volumineuses chéloïdes cicatricielles consécutives à l'intervention chirurgicale faite il y a quatre ans. Partout elles sont soulevées par des masses

lipomateuses, sauf cependant au niveau des fosses rétro-mastoïdiennes. On compte 6 chéloïdes cicatricielles qui sont longues, saillantes et de coloration rouge vif. Elles sont ainsi disposées : une inférieure transversale termine en bas du lipome sus-sternal, une autre suit toute la clavicule gauche et se termine près du sommet de l'épaule, une 3e croise le creux sus-claviculaire droit, une 4e plus volumineuse occupe le creux sus-épineux gauche et les deux dernières les fossettes rétro-mastoïdiennes.

La consistance de ces tumeurs est variable, mais en général comparable à celle du lipome ordinaire : molle, pâteuse, sans qu'on puisse toutefois déterminer de godet par la pression. Les lipomes les plus durs occupent le sommet des épaules ; celui de la région sus-sternale est plus mou que tous les autres ; il donne lieu à une fausse fluctuation. Dans cette dernière tumeur, on sent profondément des masses dures, difficiles à délimiter.

On sent également de petites masses dures et irrégulières dans le lipome de la région sacrée. On retrouve dans l'aine, au milieu de la graisse, de petits ganglions durs roulant sous le doigt. Le malade a d'ailleurs noté un changement de volume et de consistance des lipomes de la région cervicale : parfois ils sont souples, d'autres fois plus durs et plus volumineux, et gênent légèrement les mouvements de la tête. Jamais ils n'occasionnent de douleurs ni à la pression ni spontanément.

L'examen des viscères nous a permis de faire les constatations suivantes :

Le malade tousse un peu, mais il n'a pas de dyspnée et n'a jamais eu d'accès de suffocation. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne révèlent aucun signe de compression des organes du médiastin. Il existe toutefois, comme nous l'avons vu, une dilatation des veines sous-cutanées du thorax, mais seulement à droite, et de l'inégalité pupillaire. Rien au cœur. Le pouls bat 80 fois à la minute. Le foie ne déborde que légèrement les fausses côtes. La rate présente un volume normal.

L'appétit est très développé, les digestions sont normales, mais souvent le malade souffre de constipation.

Comme manifestations nerveuses, nous signalerons un certain degré d'irritabilité (il s'emporte souvent et battait fréquemment sa maîtresse) et parfois de la tendance à l'hypochondrie. La mémoire est conservée.

Il n'existe aucune modification appréciable de la sensibilité ni de la motilité. Il n'y a pas de troubles de la sécrétion sudorale. Les réflexes rotuliens sont normaux.

Parmi les modifications des organes des sens, nous signalerons une diminution de l'acuité auditive des deux côtés et quelques troubles de la vue (brouillards, sensations de voile).

L'état général est bon, les forces et l'embonpoint sont conservés. Il n'y a pas d'obésité.

L'urine ne contient pas de sucre ni d'albumine.

L'examen du sang sur des préparations sèches ne montre que de légères modifications morphologiques des hématies. Il n'y a pas de leucémie ni de leucocytose appréciable. On ne trouve pas dans ce cas une diminution notable des globules blancs mono-nucléaires comme dans l'observation de MM. Launois et Bensaude et de MM. Thibierge et Pagniez.

Dans les *antécédents personnels* de ce malade nous ne trouvons que peu de chose à signaler. A 32 ans il a eu un chancre mou et la blennorrhagie. Il a été soigné à l'hôpital Ricord et on ne lui a pas donné de traitement anti-syphilitique. Il n'a d'ailleurs jamais eu de manifestations syphilitiques.

A l'âge de 36 ou 37 ans : éruption sur la peau du dos de taches rouges arrondies dont la nature est difficile à déterminer.

En même temps il existait un eczéma de la barbe ayant duré deux ans.

Depuis l'âge de 40 ans (c'est-à-dire depuis six ans), le malade est sujet à des bronchites et à des points de côté.

Il y a cinq ans, fluxion de poitrine avec fièvre vive qui a guéri au bout de quinze jours de séjour à l'hôpital.

C'est après la guérison de cette fluxion de poitrine qu'il s'est aperçu de l'existence des tumeurs lipomateuses.

Notre malade est un alcoolique avéré : il boit souvent 3 litres de vin par jour. Il n'a pas de stigmates nets d'alcoolisme (pas de rêves, pas de tremblement).

La seule particularité intéressante à signaler dans ses antécédents de famille est l'existence de rhumatisme chez la mère qui est morte, parait-il, d'une pleurésie à l'âge de 65 ans.

Si nous reprenons en quelques mots l'histoire de notre malade, nous voyons chez un homme alcoolique, issu de souche rhumatisante, survenir vers l'âge de 48 ans une série de tuméfactions lipomateuses diffuses disposées symétriquement dans différents points du corps et en particulier aux régions pré-auriculaire, rétro-mastoïdienne, sus-sternale, sus et sous-claviculaire, axillaire, inguinale, sacrée. La croissance de ces tuméfactions s'est faite insensiblement depuis cinq ans sans causer de douleurs ni de troubles fonctionnels. Parfois cependant, les tumeurs du cou changent de volume et de consistance et gênent légèrement les mouvements de la tête. Notre malade a un caractère irritable, mais on ne constate chez lui aucune modification de la sensibilité ni de la motilité. Il existe une inégalité pupillaire, mais aucun autre phénomène se rapportant à la compression des organes du médiastin. L'examen du thorax ne révèle que des phénomènes de bronchite légère sans dyspnée ni accès de suffocation. La rate est hypertrophiée et l'état général est bon.

Nous retrouvons donc chez cet homme les traits aujourd'hui classiques de l'adéno-lipomatose symétrique, et les seules particularités intéressantes à signaler sont : la localisation spéciale de certaines masses lipomateuses et les résultats éloignés obtenus par l'extirpation des adéno-lipomes du cou.

Vous remarquerez, en effet, que la tumeur du cou qui a pris les plus grandes proportions est celle de la région sus-sternale et que la région sous-mentonnière est presque indemne.

Aussi le malade paraît au premier abord porteur d'un volumineux

goitre et ne présente pas ce facies si particulier de l'adéno-lipomatose dont vous pouvez vous rendre compte par les photographies que nous avons l'honneur de vous soumettre. Le lipome diffus sus-sternal a cependant été signalé et vous le retrouverez en particulier sur la photographie d'un des malades de Langer.

Quant à la localisation de masses graisseuses dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral, elle n'est pas non plus habituelle, mais elle n'a pas lieu de nous étonner, puisqu'il existe dans cette région des ganglions et des gros troncs lymphatiques.

Nous rappellerons à ce propos les récentes recherches de M. H. Morestin sur les ganglions ectopiques autour des régions ganglionnaires de l'aine et de l'aisselle (1).

La théorie lymphatique proposée par MM. Launois et Bensaude gagne d'ailleurs tous les jours du terrain.

Sans revenir sur les nombreux arguments qui ont été invoqués en faveur de cette théorie et qu'on trouvera exposés ailleurs (2), qu'il nous soit permis de rappeler le fait suivant.

L'un de nous a vu au mois de juillet de l'année dernière, avec le professeur Hayem, une dame brésilienne âgée de 43 ans, atteinte de chylurie. Le premier accès remontait à dix-neuf ans et depuis dix ans cette dame présentait au-dessous du menton un adéno-lipome typique subissant de temps à autre des changements brusques de volume et de consistance. On sait d'ailleurs que Bessio avait retiré d'un adéno-lipome un liquide lactiscent par ponction capillaire.

Notre malade permet aussi d'étudier les résultats éloignés des opérations pratiquées pour enlever les masses lipomateuses. Un fait frappe tout d'abord, c'est l'existence de chéloïdes cicatricielles rouges, volumineuses, au niveau de toutes les incisions nécessitées par l'opération. Le même phénomène a été observé par l'un de nous chez un adéno-lipomateux opéré jadis par Péan.

Notre malade accuse à tort l'opération d'avoir donné un véritable coup de fouet à ses tumeurs. Il n'en est pas moins vrai que les masses lipomateuses s'infiltrent généralement à une profondeur telle que les chirurgiens sont dans l'impossibilité de les enlever en totalité. Il en résulte que les adéno-lipomes continuent à croître après les opérations. Ainsi, bien qu'il n'y ait jamais de récidive, les masses lipomateuses peuvent présenter une véritable malignité par leur tendance envahissante.

Témoin l'histoire de cet employé du gaz, dont l'observation a été

(1) H. Morestin. Adénite tuberculeuse extra-axillaire. *Bull. Soc. anatom.*, octobre 1900.

(2) Launois et Bensaude. *Société médicale des hôpitaux*, 1er avril 1898, et *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière,* 1900.

Rehns. *Thèse de Paris*, 1898.

rapportée par M. Hayem (1) à la Société médicale des hôpitaux et par M. Lejars à la Société de chirurgie.

Cet homme présentait des tumeurs lipomateuses multiples et symétriques à la surface du corps et en même temps, comme cela s'observe assez fréquemment, des adéno-lipomes du médiastin, donnant lieu à des signes non équivoques de compression des organes intra-thoraciques. Parfois ces phénomènes s'exagéraient brusquement et sans cause apparente. Il est probable qu'il se produisait alors des changements subits de volume et de consistance analogues à ceux qu'on observe dans les tumeurs superficielles. Habituellement ce malade vaquait à ses occupations et pouvait marcher et même monter des escaliers sans difficulté. Il y a quelques mois encore, il était venu nous voir et se portait parfaitement. Désirant vous le montrer en même temps que le malade de la salle Saint-Louis, nous nous sommes rendus avant-hier à son domicile, et ce n'est pas sans quelque surprise que nous avons appris qu'il était mort brusquement. Sa sœur nous a donné sur sa mort les détails suivants :

Il avait travaillé, comme de coutume, le samedi toute la journée et avait bien dormi la nuit du samedi au dimanche. Il se réveilla le dimanche avec une crise d'oppression violente et fit venir son médecin qui le rassura en lui disant que cette crise se passerait comme les autres. Et, de fait, dans la journée, il alla un peu mieux, mais à une heure du matin, dans la nuit du dimanche au lundi, il poussa un cri et succomba brusquement sans que les parents, qui étaient présents, aient pu lui porter secours.

Ce fait de mort subite est, à notre connaissance, unique dans l'histoire de l'adéno-lipomatose symétrique. Il vous montre que l'affection n'est pas toujours aussi bénigne que vous pourriez le croire en regardant le malade que nous venons de vous présenter et chez lequel les tuméfactions lipomateuses ne constituent guère qu'une difformité.

M. Gastou. — Dans l'étude histologique de l'adéno-lipomatose, il est un point des plus intéressants. MM. Launois et Bensaude pensent qu'il existe toujours du tissu ganglionnaire dans les points où se développe cette variété de lipomatose, d'où le nom d'adéno-lipomatose qui éveille dans l'esprit l'idée d'origine glandulaire.

S'agit-il de véritables glandes ou simplement d'une transformation spéciale du tissu cellulo-conjonctif préexistant, dont les éléments lymphatiques subissent une modification spéciale se caractérisant par l'augmentation de dimension des lacunes lymphatiques, l'épaississement du tissu réticulé et la multiplication des éléments cellulaires qui, si on y ajoute la disposition des vaisseaux sanguins, donnent une structure qui

(1) Hayem. *Société méd. des hôpitaux*, 5 mars 1897, et *Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine*, 1900, p. 510 et suiv.

rappelle de tous points celle des ganglions lymphatiques sans que ceux-ci aient existé préalablement.

D'après les cas qu'il m'a été donné d'examiner histologiquement, il semble que le tissu réticulé lymphoïde existant normalement sous la peau ait subi une reviviscence analogue à celle que M. Dominici a démontré exister dans le processus de la leucémie et de l'adénie.

L'adéno-lipomatose serait alors d'origine vasculo-conjonctive, lymphatique, mais non ganglionnaire pure. Elle se localiserait de préférence dans les régions ganglionnaires, parce que dans les ganglions le tissu réticulaire et vasculo-conjonctif a sa structure spécifique développée au plus haut degré.

Dermatite herpétiforme avec signe de Nikolsky. Kystes épidermiques multiples à la période terminale.

Par M. Danlos.

Il s'agit d'un malade déjà présenté deux fois à la Société, la première fois en juillet, pour une question de diagnostic (Erythème polymorphe ou dermatose de Duhring), la deuxième en novembre, à propos de signe de Nikolsky (Voir séances du 5 juillet et du 8 novembre 1900).

Aujourd'hui ce malade peut être considéré comme guéri. Depuis plus d'un mois il n'a pas eu de poussées bulleuses et sa santé générale, qui n'avais jamais été compromise, est aussi bonne que possible. L'évolution du mal a donc vérifié le diagnostic que j'ai proposé lors de la première présentation. La cessation des poussées bulleuses a coïncidé avec la suppression des injections hypodermiques d'arséniate de soude, ce qui n'est probablement qu'un pur hasard. Elle a coïncidé aussi avec le développement d'une infinité de kystes miliaires épidermiques gros comme des têtes d'aiguilles et disposés en groupes serrés sur l'emplacement d'anciennes bulles. Les extrémités, mains, pieds, oreilles, en présentent un très grand nombre. Ils ont été véritablement ici une manifestation contemporaine de la guérison, pour ainsi dire un signe de convalescence.

Sans être absolument nouveau (il en existe un cas de Brocq, communication orale), ce développement de kystes dans une affection bulleuse n'a guère été observé que dans l'*épidermolyse bulleuse héréditaire*, affection à tous points de vue différente de celle de notre malade.

Une autre remarque intéressante ressort aussi de cette observation. Le diagnostic de pemphigus foliacé et le pronostic fatal qui en découle n'ont pas été vérifiés ici, malgré l'existence avérée du signe de Nikolsky. Cette évolution montre donc que la valeur de ce signe (adhérence diminuée de l'épiderme corné) n'est pas aussi absolue que paraît le croire notre éminent collègue de Varsovie. Elle semble corroborer l'opinion émise à priori par le présentateur dans la séance de novembre dernier sur la signification plus générale de ce symptôme.

Ajoutons, en terminant, que, malgré la cessation des poussées, le signe de Nikolsky existe encore, bien qu'il soit plus difficile aujourd'hui de cliver l'épiderme.

Le signe de Nikolsky dans le pemphigus.

Par M. W. Dubreuilh.

Dans la séance de novembre de la Société de dermatologie, M. Danlos a fait allusion à un symptôme du pemphigus qu'il appelle le signe de Nikolsky. Ce symptôme a été, je crois, décrit dans la thèse de Nikolsky sur le pemphigus foliacé, en 1896. Je le connais, pour ma part, depuis cette époque-là et je crois qu'il m'a été enseigné par feu le professeur Stoukovenkoff, sous l'inspiration de qui a été faite cette thèse. En tout cas, je le trouve mentionné dans mes observations de pemphigus depuis 1897.

Ce signe consiste en une perte d'adhérence entre la couche cornée et les couches profondes de l'épiderme. Si l'on arrache la collerette d'épiderme décollé sur le bord d'un soulèvement bulleux, le lambeau qui vient dépasse de beaucoup les limites de la bulle.

Si l'on donne un coup d'ongle sur les parties en apparence saines de la peau, la couche cornée se détache et se laisse arracher par grands lambeaux minces, souples, laissant une surface humide. Après un simple choc, comme une chiquenaude, il n'y a rien de visible au premier moment; mais au bout de quelques heures, on trouve au point meurtri une bulle plus ou moins développée.

Ce signe me paraît spécial au groupe des pemphigus. Je n'ai pas eu l'occasion de le chercher dans la dermatite herpétiforme; mais je l'ai cherché en vain dans des érythèmes polymorphes bulleux.

Dans le pemphigus vrai, il ne m'a jamais manqué. Cependant, au début, il peut être très peu accusé. En revanche, dans les périodes terminales, il devient extraordinairement frappant; il suffit de frotter légèrement la peau avec le doigt pour voir l'épiderme corné se détacher et glisser sur les parties profondes absolument comme sur un fœtus macéré. Il en était ainsi dans un cas de pemphigus végétant que j'ai publié dans le *Festschrift*, de Kaposi. On comprend ainsi qu'il soit surtout accusé dans le pemphigus foliacé parce que le pemphigus commence généralement par être bulleux et ne devient foliacé que plus tard.

Ce signe persiste même dans les accalmies du pemphigus. Chez un de mes malades, qui avait des rémissions presque complètes où la maladie n'était plus représentée que par quelques îlots d'exfoliation dans le dos, la persistance du signe de Nikolsky indiquait bien que la maladie n'était point guérie, ce que ne tardait pas à confirmer une rechute.

Ce signe a donc une grande importance diagnostique ; il permet de reconnaître le pemphigus, même dans ses formes larvées, dans la forme foliacée la plus sèche ; jusqu'à plus ample informé, il me paraît spécial au pemphigus chronique vrai et à quelques formes très voisines, comme le pemphigus végétant. Il établit une relation entre le pemphigus vrai et le pemphigus congénital traumatique, car il y a une grande analogie entre la bulle qu'on provoque par une chiquenaude en un point quelconque chez un homme atteint de pemphigus foliacé et celle que provoque un choc quelconque chez un individu atteint d'epidermolysis bullosa. Les différences consistent moins dans le mode de formation des bulles que dans leur évolution ultérieure. Dans le pemphigus, elles ne laissent pas de traces ; dans l'epidermolysis bullosa, elles laissent souvent des cicatrices.

Cette perte d'adhérence de la couche cornée nous fait mieux comprendre l'évolution de l'éruption pemphigineuse.

Dans les éruptions bulleuses aiguës, telles que l'érythème polymorphe bulleux ou l'urticaire bulleuse, la poussée congestive est la principale cause de la formation de la bulle ; la sérosité qui infiltre le derme transsude à travers la couche papillaire et les couches profondes de l'épiderme ; puis, arrêtée par la couche cornée imperméable, elle la soulève mécaniquement.

Dans le pemphigus, les conditions sont autres : la moindre cohésion des couches épidermiques facilite la formation des bulles. Au début, la couche cornée est encore assez adhérente ; il faut un certain afflux de sérosité pour le décoller ; il se forme des bulles bien pleines et bien tendues. Plus tard, un moindre afflux sanguin suffit pour décoller l'épiderme et les bulles sont flasques ; à la fin, l'épiderme n'a plus de cohésion, un rien suffit pour le décoller et il s'exfolie à sec, sans le moindre afflux de sérosité, et sous l'épiderme détaché on ne trouve plus de liquide, mais une simple humidité.

La perte d'adhérence de l'épiderme qui constitue le signe de Nikolsky est évidemment due à une sorte de liquéfaction des couches profondes de l'épiderme. Dans un travail récent sur l'epidermolysis bullosa, Elliott a décrit des altérations profondes de la couche muqueuse de l'épiderme ; les cellules de la couche génératrice notamment étaient comme nécrosées. J'ai recherché des lésions analogues dans le pemphigus foliacé, chez un malade qui présentait le signe de Nikolsky de la façon la plus marquée, mais je n'y ai pas trouvé les lésions décrites par Elliott.

J'ai excisé deux morceaux de peau en apparence saine ; l'un d'eux a été fixé par le sublimé acétique, l'autre par l'alcool. Dans tous les deux les couches profondes de l'épiderme étaient normales. Dans le fragment fixé par le sublimé il y avait çà et là une sorte de clivage au milieu de la couche épineuse et sur les bords de la pièce des lambeaux

d'épiderme décollés par le traumatisme de l'excision montraient que le clivage s'était fait dans la couche épineuse; au demeurant, les cellules étaient bien colorées et ne présentaient pas d'autre altération que leur dissociation suivant une ligne parallèle à la surface.

Dans la pièce fixée par l'alcool, je n'ai pas retrouvé ce clivage ou cette dissociation et les lambeaux décollés sur le bord de la pièce ne contenaient que la couche cornée.

Sur une folliculite gonococcique.

Par MM. HALLOPEAU et LEMIERRE.

Les travaux récents, remarquablement bien exposés dans la thèse de notre collègue Marcel Sée, ont montré que les localisations du gonocoque peuvent être des plus variées: c'est ainsi que le tissu et les glandes qui entourent l'urèthre peuvent être envahis secondairement; cependant, le gland ni le prépuce ne paraissent fournir à ce microbe de bons terrains de culture, car leur blennorrhagie a été contestée, à tort, suivant nous; elle est en tout cas très exceptionnelle: aussi nous paraît-il intéressant de faire connaître ce fait dans lequel l'infection s'est limitée aux glandes préputiales.

Le nommé Joseph F..., âgé de 64 ans, entre salle Bazin, au mois de décembre 1900.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, et sans cause apparente, le malade a vu apparaître au niveau de son prépuce une sorte de petit bouton rouge, indolore et qui a grossi peu à peu.

A son arrivée dans le service, on constate, au point de réflexion du repli préputial, une tumeur grosse comme une petite noisette, rouge, chaude, bien circonscrite, dure et tendue. Cette petite tumeur est peu douloureuse; et seule une pression un peu forte est pénible pour le malade.

La pression détermine tout de suite la formation de deux petits orifices d'où s'écoule un pus blanchâtre et peu abondant. L'orifice préputial est très étroit, et le malade découvre très difficilement le gland.

L'examen du pus permet d'y reconnaître l'existence de diplocoques, la plupart contenus à l'intérieur des leucocytes, et quelques-uns groupés en amas, non contenus dans les leucocytes. Ces diplocoques ne prennent pas le Gram. Ils présentent la forme, le mode de groupement et la réaction colorante des gonocoques.

Pourtant le malade affirme ne pas avoir eu de blennorrhagie récente. Il avoue avoir eu une chaudepisse il y a vingt-six ans. De plus, il y a quatre mois, il aurait présenté de l'œdème de la verge, œdème indolore, sur lequel il ne donne guère de renseignements, qui a disparu rapidement et sans laisser de traces.

L'examen révèle néanmoins un léger suintement uréthral; l'examen de ce suintement n'a pu y faire constater la présence de microbes se rapprochant de ceux de l'abcès.

Quant à l'abcès lui-même, il semble bien s'être développé dans les follicules sébacés du repli préputial. Il a manifestement siégé dans la peau même et non dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Il s'est vidé lentement, en quelques jours, par les deux petits orifices, et a guéri sous l'influence des pansements antiseptiques.

A la sortie du malade, il ne persiste plus qu'une induration locale.

Le diagnostic de suppuration blennorrhagique ne nous paraît pas pouvoir être mis en doute : les caractères histologiques des microbes et leurs réactions sous l'influence des matières colorantes sont en effet considérées comme pathognomoniques. L'étude clinique de ces folliculites ne nous a présenté rien de particulier : c'est, en pareil cas, l'examen microscopique et bactériologique qui seul peut permettre le diagnostic.

Ces affections ont été relativement bénignes, la suppuration s'est éteinte en quelques jours sous l'influence du traitement antiseptique.

Un fait remarquable a été l'absence d'uréthrite concomitante. Cette particularité peut s'expliquer par l'impossibilité où se trouve le malade de découvrir son gland. L'un de nous a observé un fait analogue : une blennorrhagie préputiale a évolué sans s'accompagner d'uréthrite. Comme l'observation est antérieure à la découverte du gonocoque, on pourrait révoquer en doute le diagnostic, mais il est rendu bien vraisemblable par ce fait que le malade a été atteint secondairement d'arthropathies limitées à une partie des articulations métacarpo-phalangiennes de l'une des mains : ces faits tendent à établir que l'urèthre n'est pas nécessairement envahi par les colonies gonococciques qui se développent dans son voisinage.

M. A. Fournier. — Ce cas est d'une importance considérable et détermine une entité nouvelle s'il est absolument démontré que cette folliculite est le fait d'une infection gonococcique primitive.

M. Sée. — On a signalé des folliculites de ce genre chez d'anciens blennorrhagiques.

Sur un cas d'arthropathies blennorrhagiques ayant nécessité l'amputation des deux gros orteils.

Par MM. H. Hallopeau et Lemierre.

L'histoire de ce malade vient montrer une fois de plus quelle peut être la gravité de ces artropathies ; nous la résumerons ainsi qu'il suit.

Le nommé Jean Pl..., âgé de 37 ans, entre au mois d'octobre 1900, salle Bazin.

Il y a huit ans, le malade contracte une blennorrhagie. Quinze jours après le début de cette affection, il est atteint d'une arthropathie du genou

gauche. En moins de huit jours, d'autres arthropathies apparaissent dans le pied gauche, puis dans le genou et le pied droits, ensuite au niveau des hanches, des épaules, des coudes et des poignets. En même temps, le malade présente une conjonctivite blennorrhagique. Il est soigné à ce moment dans le service de M. Besnier.

De plus, au bout de trois semaines, le malade est atteint d'orchite. Il reste à l'hôpital pendant dix-huit mois, et pendant deux ans ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles.

A partir de ce moment, le malade a fait toute une série de séjours à l'hôpital.

Au pied droit, son gros orteil s'était fléchi en crochet et présentait l'aspect de l'orteil en marteau. Au pied gauche, le gros orteil s'était dévié en dehors en passant sous les autres orteils et représentait un hallux valgus. Cette position des gros orteils rendant la marche impossible, le malade en subit l'amputation dans le service de M. Monod, en 1895.

Depuis cette époque, il peut marcher. Les arthropathies des membres supérieurs ont disparu et il n'éprouve plus que quelques douleurs de temps en temps.

Mais, aux membres inférieurs, les arthropathies ont déterminé des déformations qui l'empêchent de travailler.

Les genoux ne présentent pas de déformations, mais des deux côtés, on y perçoit des craquements pendant les mouvements. De plus, du côté gauche, les mouvements de flexion sont limités.

L'articulation du cou-de-pied paraît plus volumineuse que normalement. Du côté droit, les mouvements y sont encore assez étendus, mais du côté gauche, ils sont très réduits. De plus, des deux côtés, on perçoit de forts craquements.

C'est aux pieds que les déformations sont le plus considérables. Elles ont le même type des deux côtés, mais elles sont beaucoup plus accentuées du côté gauche.

Le pied gauche paraît dévié en dehors.

Sa forme est devenue carrée. La plante du pied a perdu sa cambrure normale.

Elle est absolument plate. De même on note, à la face dorsale, la disparition de la cambrure du cou-de-pied. Quand on essaye de faire mouvoir l'articulation médio-tarsienne et d'imprimer à l'avant-pied des mouvements de torsion sur l'arrière-pied, on est arrêté par une résistance invincible. Il semble que tous les os du tarse et du métatarse soient soudés ensemble et ne forment qu'un seul bloc.

A l'extrémité du bord interne du pied, on trouve la cicatrice résultant de l'amputation du gros orteil. Les autres orteils sont fléchis en crochets. La première phalange de chaque orteil est en extension complète et forcée sur les métatarsiens, de sorte qu'à l'extrémité antérieure de la plante du pied, on peut sentir nettement la tête de ces métatarsiens. La seconde phalange est fléchie à angle aigu sur la première et la troisième sur la seconde. Il semble, au premier abord, que cette flexion soit due à une rétraction tendineuse ; mais on voit qu'il est absolument impossible

d'imprimer aux orteils non seulement le moindre mouvement d'extension ou de flexion, mais encore le moindre mouvement de latéralité.

Les extrémités osseuses sont absolument soudées les unes aux autres. Quand on commande au malade d'étendre et de fléchir le pied, on constate, au niveau des gaines synoviales tendineuses, des frottements et des crépitations.

Le pied droit présente le même aspect, mais moins marqué. Sa déviation en dehors est à peine sensible. Il persiste un léger degré de concavité de la voûte plantaire. Enfin tous les orteils ne présentent pas une immobilisation aussi stricte que ceux du pied gauche.

Ainsi donc, la déviation des deux gros orteils a constitué pour ce malade une telle infirmité qu'il a été obligé de recourir au chirurgien pour s'en délivrer.

Malgré cette double opération, il reste à l'état d'infirme : nous venons de voir que la plupart des articulations de ses extrémités inférieures sont ankylosées, qu'il existe des altérations des gaines teudineuses, que les orteils sont fixés dans une position vicieuse, que les plantes des pieds sont devenues presque complètement plates, que les articulations du dos de plusieurs des doigts sont également intéressées ; ce malade ne peut donc ni marcher ni travailler pour vivre : il est malheureusement à prévoir que ces altérations multiples, en raison de leur ancienneté, seront indélébiles et que ce malade sera réduit tôt ou tard à demander une place dans un asile d'infirmes.

M. A. Fournier. — J'ai dans mon service un cas analogue qui a nécessité l'amputation de deux orteils.

M. Morel-Lavallée. — Je signalerai un cas de rhumatisme blennorrhagique très grave, analogue au cas présent ; le malade a été guéri par une cure à Aix.

Syphilis mutilante du pied ; perte de deux orteils.

Par M. E. Legrain.

Je présente à la Sociéte l'observation et la photographie d'un cas de syphilis mutilante chez un indigène Kabyle admis à l'hôpital civil de Bougie. Cette forme n'est pas extrêmement rare chez les Kabyles des montagnes, dont la syphilis, peu ou point traitée, se présente souvent avec la gravité qu'elle avait en Europe il y a trois siècles. Le malade a perdu les deux premiers orteils du pied gauche.

Le troisième doigt, encore intact, présente à sa base un sillon rappelant les lésions de l'aïnhum.

La vaste ulcération consécutive à la chute des deux premiers orteils guérit très rapidement après trois semaines de traitement spécifique.

Le diagnostic doit se faire avec la lèpre, la scrofulo-tuberculose, l'ergotisme, l'aïnhum.

Au cours de la séance, ont été nommés :

Membres titulaires : MM. Henri Fournier, Bizard.

Membres correspondants : MM. Behrend (de Berlin) ; Blaschko (de Berlin) ; Caspary (de Königsberg) ; Colombini (de Sienne) ; Falcao (de Lisbonne) ; Galloway (de Londres) ; Jamieson (d'Edimbourg) ; Jarisch (de Gratz) ; Lustgarten (de New-York) ; Mracek (de Vienne).

Le Secrétaire,

P. Gastou.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

VERSAMMLUNG DEUTSCHER NATURFORSCHER UND AERZTE

Section de Dermatologie

Munich, septembre 1899.

Rapports des processus internes avec les anomalies de pigmentation de la peau.

Jessner signale comme maladies internes pouvant provoquer des anomalies de pigmentation, d'abord les maladies dites du sang (chlorose, leucémie, pseudo-leucémie), puis des anomalies de pigment certainement hématogènes, la mélanose paludéenne et le diabète bronzé.

Il se produit des modifications de coloration de la peau d'ordre nerveux dans de nombreuses maladies du système cérébro-spinal (tabes, atrophie musculaire progressive, tumeur cérébrale, névrite périphérique, syringomyélie, chorée, etc.). Presque constamment, il s'agit de la disparition du pigment, mais dans l'hémiatrophie faciale, il y a parfois aussi une augmentation du pigment. L'atrophie du pigment et celle de la peau ne marchent pas toujours parallèlement. Dans le chloasma utérin, les taches sont peut-être aussi d'origine nerveuse (réflexe ?), de même dans l'influenza, le typhus, etc., tandis que celles qu'on observe dans la lèpre sont probablement, le plus souvent, la suite d'une légère infiltration lépreuse qui produit secondairement la névrite. Il est difficile de décider si, dans la syphilis, les taches pigmentaires et la leucopathie non précédées d'efflorescences, sont d'origine nerveuse. Après quelques mots sur la pellagre, J... s'occupe de la mélanodermie addisonnienne, et met en garde contre les théories qui enlèvent tout rôle aux capsules rénales et l'expliquent uniquement par l'influence du système nerveux.

Frictions mercurielles et inhalations mercurielles.

Schuster a, durant quatorze jours, porté au lit, pendant quatorze heures chaque jour, le sachet de Welander enduit de pommade mercurielle, et a constaté dans son urine un anneau mercuriel. Il a aussi, pendant neuf soirées consécutives, étendu rapidement sur la cuisse une pommade mercurielle (de 5 à 7 gr. 5), en recouvrant chaque fois la surface frictionnée de papier parchemin et celui-ci de taffetas gommé, puis tapotait la surface recouverte avec une large spatule en bois pour faire pénétrer le mercure dans les pores de la peau, comme dans la friction, enfin appliquait trois bandes de gaze. Le lendemain matin, après que la pommade était restée six heures en place, il l'enlevait complètement par des lavages avec de la benzine à l'aide d'ouate. Après 9 opérations de ce genre, on analysait les poils et on obtenait un large anneau de mercure iodique.

Ces expériences prouvent d'une manière incontestable l'absorption du

mercure par la peau. Par conséquent, la nouvelle théorie, d'après laquelle la cure de frictions est une cure d'inhalation, n'a pas la valeur qu'on veut lui attribuer.

La cure de frictions peut être favorisée par l'inhalation, mais cette dernière ne saurait jamais la remplacer.

MATZENAUER rappelle que Neumann a le premier démontré histologiquement la présence dans les follicules de la peau du mercure employé en frictions. Les recherches cliniques le prouvent aussi. Si la cure de frictions n'était qu'une cure d'inhalation, les taches roséoliques devraient disparaître simultanément sur toutes les régions du corps ; or, si on frictionne le thorax seul, la roséole disparaît plus rapidemement dans cette région.

De la leucodermie consécutive au psoriasis vulgaire.

RILLE a observé 10 cas où la leucodermie était la conséquence non de la syphilis, mais du psoriasis.

CASPARI a récemment observé un cas de leucodermie psoriasique.

MATZENAUER rapporte un cas de psoriasis avec de larges taches semblables à celles du vitiligo et un cas de psoriasis nigra provenant d'une mélanose paludéenne simultanée.

JESSNER dit qu'il serait intéressant de savoir si la leucodermie psoriasique n'apparaît qu'après l'emploi de l'arsenic, car on a observé quelques cas de leucopathies consécutivement à l'administration de l'arsenic.

LÖWENHEIM rapporte qu'à la clinique de Breslau on a constaté plusieurs cas de leucodermie après le psoriasis, traité non par l'arsenic, mais par la chrysarobine.

UNNA rattache la blancheur des taches à une action de contraste, mais il distingue nettement une syphilis pigmentaire qui est complètement indépendante d'efflorescences inflammatoires préexistantes et a une marche spéciale avec des pigmentations réticuliformes intermédiaires, de la dépigmentation localisée des efflorescences syphilitiques. Seule cette dernière forme correspond à la dépigmentation décrite par Rille après des efflores cences psoriasiques qu'Unna confirme de son côté complètement d'après des cas personnels, mais seulement au point de vue clinique.

RILLE croit que le cas dont Matzenauer a montré le dessin doit être regardé comme un vitiligo coïncidant avec un psoriasis et non pas occasionné par cette dernière affection. Relativement à la genèse de la leucodermie syphilitique, il maintient qu'elle se développe en connexion avec des efflorescences spécifiques. L'importance du diagnostic différentiel de la dépigmentation après les efflorescences du psoriasis est surtout grande quand, comme on l'observe fréquemment, la syphilis et le psoriasis coexistent.

Du sphagnol dans quelques maladies de la peau.

RISSO a étudié le sphagnol (huile de corba) ; cette préparation renferme du benzol, de l'anthracène, du phénol, du crésilol, du créosol. Elle a une odeur pénétrante, désagréable ; elle est épaisse et devient fluide à 37°. Les Anglais ont recommandé le sphagnol contre l'acné rosacée, l'eczéma

et le psoriasis. R. l'a en outre expérimentée dans la gale, le favus et l'herpès tonsurant.

Les résultats dans la gale ont été excellents ; les propriétés antiseptiques du sphagnol amènent la guérison rapide des suppurations post-scabiéiques, etc. R. a obtenu les mêmes succès dans les dermatophyties ; l'eczéma chronique est aussi très favorablement modifié ; les propriétés très antiseptiques du sphagnol paraissent surtout avoir une grande importance.

Gangrène spontanée de la peau de la main.

Kopp rapporte le cas d'une jeune fille très hystérique qui depuis longtemps a sur la face dorsale de la main gauche une plaie de 5 centimètres de diamètre sans tendance à la guérison, sur laquelle il se produit constamment de nouvelles eschares gangréneuses.

Unna croit qu'il s'agit d'une affection artificielle et recommande un traitement suggestif.

Savons de tuberculine.

Unna a cherché à remplacer les injections sous-cutanées de tuberculine, dans les formes externes de la tuberculose, par des savons de tuberculine dont la base est un savon de potasse surgras. Ces expériences ont donné des résultats excellents. L'action générale manque ; par contre, l'influence locale favorable correspond exactement à la réaction faible ou forte consécutive aux injections de tuberculine. U. recommande ce traitement local, simple et sûr, dans tous les cas où les autres médications sont insuffisantes, c'est-à-dire contre le lupus très fibreux avec cicatrices défectueuses et défigurantes, chez les sujets très impressionnables, dans les cas de lupus des muqueuses, des orifices des muqueuses, de la région buccale, du nez et de l'oreille externe. Dans les lésions syphilitiques tertiaires, anciennes, sclérosées, le savon de tuberculine exerce une action très favorable concurremment avec le traitement spécifique, dans les cas où celui-ci ne suffit pas. On n'observe jamais une action nocive locale ou générale avec les savons de tuberculine, même lorsque le traitement porte sur de vastes surfaces et est prolongé pendant des mois.

La méthode n'est pas douloureuse, mais il est préférable de l'employer à dose croissante.

De l'impétigo.

Matzenauer communique une série de cas dans lesquels la forme circinée de l'impétigo s'est développée dans le cours de l'impétigo ordinaire. Il ne saurait donc se rallier à l'opinion d'Unna et selon lui l'impétigo circiné n'est pas une variété spéciale.

Unna trouve les différences dans la structure histologique des deux variétés à ce point caractéristiques qu'il ne peut être question de leur identité.

Syphilis infantile.

Siebert est convaincu, d'après le résultat négatif de toutes les expériences faites sur le pouvoir de résorption de la peau saine et les considérations

ultérieures de Welander, que la cure de frictions est essentiellement une cure d'inhalation, que le mercure pénètre non par la peau mais par les poumons.

S. a essayé, dans la syphilis héréditaire, la méthode de Welander (sachets mercuriels), qui pour plusieurs raisons paraissait devoir être chez les enfants particulièrement active et qui a l'avantage de n'exiger aucune aptitude des infirmières et de ne pas obliger à remettre aux mains des mères de famille des remèdes très actifs comme les médicaments pour l'usage interne. Il y a chez l'enfant une surface relativement plus grande que chez l'adulte qui peut favoriser l'absorption.

S. emploie, au lieu de la pommade mercurielle, le mercure avec la craie, qui est une trituration de 40 grammes de mercure avec 60 grammes de craie. On donne aux mères un morceau de lint d'environ 20 fois 40 centimètres qui a été simplement plié, le côté mousseline en dehors et le côté laineux en dedans, entre les deux feuillets duquel on a étendu 6 à 10 grammes de mercure cum creta, puis qu'on a cousu sur trois côtés. On le change tous les 4 à 6 jours.

S. a traité par ce procédé 21 enfants.

Quatre étaient dans le premier mois, six dans le deuxième mois, quatre dans le troisième mois, quatre dans le quatrième, et un était âgé de dix-huit mois ; douze plus âgés, atteints de syphilis acquise, furent renvoyés guéris, dont cinq furent de nouveau présentés au bout de trois mois, sans nouveaux symptômes de syphilis. Trois enfants eurent une amélioration notable, mais on n'attendit pas la guérison définitive : on ne put pas continuer assez longtemps la médication ; quatre sont encore en traitement et présentent une amélioration notable. Deux sont morts, le premier dans le cours du traitement et déjà amélioré, l'autre de pneumonie et de gastro-entérite trois mois après la guérison. Les cas guéris ont été en traitement de trois à six semaines, mais S. leur a fait porter les sachets pendant quinze jours, après la guérison.

Barlow n'a pas trouvé de mercure dans les urines chez quelques malades (adultes) traités par la méthode de Welander et qui avaient porté les sachets pendant plusieurs semaines. Les résultats thérapeutiques ont été nuls.

Traitement de l'eczéma des enfants.

Rille attache la plus grande importance à l'application des pansements, etc., par le médecin lui-même.

Comme poudres à poudrer, il préfère chez les enfants les poudres minérales à celles d'origine végétale. Parmi les pommades, il donne la préférence à l'onguent diachylon de Hebra, aux pommades salicylées et à la pâte de zinc de Lassar modifiée par Kaposi. Pour certains cas, il recommande l'huile de foie de morue additionnée de goudron à dose croissante. Le vernis à l'anthrarobine est le meilleur succédané du goudron.

Trumpp pense que, si les meilleurs traitements de l'eczéma échouent dans la pratique privée, cela tient à ce que les parents ne peuvent pas se décider à attacher les mains des enfants pour les empêcher de se gratter ; il recommande donc les manches de protection.

Hochsinger déclare que, chez les nouveau-nés, le pronostic est beaucoup plus favorable que chez les enfants plus âgés. Il traite l'intertrigo humide, d'abord avec de l'huile de zinc et plus tard avec le filmogène à l'ichtyol. L'eczéma séborrhéique du cuir chevelu guérit tout simplement avec de l'huile recouverte de gutta-percha. L'iodoforme et l'acide phénique sont contre-indiqués chez les nourrissons. L'ecthyma gangréneux guérit avec des pansements à l'eau ichtyolée, 1/4 p. 100.

Neuberger a obtenu des résultats très favorables de l'emploi interne de l'arsenic ; dans beaucoup de cas il n'attribue aucune valeur au traitement local.

v. Ranke fait en premier lieu appliquer des compresses imbibées d'eau blanche et ensuite la pâte de zinc de Lassar. La durée moyenne du traitement est de douze jours.

Baginski a obtenu d'excellents résultats de l'emploi du naphtalan. Dans aucun cas il ne pourrait se décider à traiter par l'arsenic l'eczéma des enfants.

Sonnenberger pense que le point capital dans le traitement de l'eczéma ne réside pas dans le choix du médicament, mais dans la manière dont il est employé.

Unna recommande la pâte de soufre et de zinc et la mousseline-pommade à l'ichtyol et au zinc, maintenue par la colle de zinc et des manchettes pour fixer les bras de l'enfant.

Rille fait remarquer qu'il emploie rarement les préparations de soufre, car elles provoquent souvent des éruptions artificielles.

Dystrophia unguium.

Kopp présente un cas de dystrophie des ongles chez un jeune homme un peu alcoolique. Ni traumatisme antérieur, ni inflammation du lit de l'ongle, ni eczéma, ni psoriasis, ni lichen ruber, ni syphilis. Les ongles sont épaissis, durs, très friables ; à leur surface inférieure, ils sont rugueux, de couleur sale, décolorés ; sur la face externe, nombreuses petites dépressions. Si on soulève le bord de l'ongle, on ne constate pas de ramollissement de la substance unguéale. Selon K., il s'agit d'une trophonévrose dans laquelle l'alcoolisme a peut-être joué un rôle.

Unna croit qu'on pourrait regarder ce cas comme une maladie spéciale de l'ongle, qu'il a le premier décrite sous le nom de scléronychie ; il conseille un traitement arsenical prolongé.

Blennorrhagie anale.

Jesionek rapporte l'observation d'une fillette de 13 ans qui est entrée à la clinique pour de nombreux chancres simples situés tout autour de l'anus ; en même temps il s'écoulait du pus par l'orifice anal. L'examen de ce pus montra des diplocoques isolés semblables à des gonocoques ; à l'aide du speculum ani on vit une large ulcération sur la muqueuse rectale. La petite malade pouvait faire sortir toute la muqueuse rectale ; il se produisit, sous l'influence d'un effort, au dehors de l'orifice anal, une tumeur atteignant presque le volume du poing, dont toute la surface était recouverte d'une ulcération superficielle. Sous l'influence d'un traitement avec

le nitrate d'argent, la plaie, primitivement recouverte de granulations torpides, hémorrhagiques, présente actuellement un bon aspect. Après le premier badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100 on pouvait constater la présence de nombreux gonocoques caractéristiques dont l'identité fut confirmée par le Gram et les cultures. A. Doyon.

WIENER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT

Séance du 10 janvier 1900.

Leucodermie syphilitique généralisée.

Ehrmann présente un déchargeur de bateaux qui a contracté la syphilis il y a six mois et chez lequel il existe des taches claires de la dimension d'une lentille, confluentes, au milieu d'une pigmentation générale très foncée, sur le tronc, mais surtout au cou et à la nuque, sur les parois antérieure et postérieure du creux axillaire et à la taille. L'hyperpigmentation de ces régions s'explique en partie par l'action prolongée des rayons caloriques et de l'air atmosphérique et par le frottement des vêtements. Le pigment dont il s'agit ici est le pigment mélanique occupant non les interstices du tissu, mais les cellules. Le développement de la leucodermie syphilitique suppose une pigmentation antérieure de la peau. Plus un individu est naturellement pigmenté, plus cette augmentation de pigment est prononcée.

Séance du 24 janvier 1900.

Roséole à forme circinée.

Neumann présente une femme ayant sur les avant-bras des cercles concentriques qui, à leur périphérie, sont formés par des papules miliaires; sur le tronc, cercles analogues, ayant une certaine ressemblance avec l'herpès tonsurant.

Kaposi remarque que dans ces formes annulaires il ne s'agit pas de roséole, mais d'efflorescences papuleuses à groupement circiné, dont l'infiltrat, suite de l'anémie de la malade, est très peu accusé et par conséquent peu visible. Les véritables roséoles syphilitiques ne peuvent pas s'élargir.

Neumann dit que la syphilide orbiculaire occupe particulièrement les régions où les glandes sébacées sont en grand nombre. L'examen histologique montre, dans cette forme de syphilide, de l'infiltration autour des glandes sébacées.

Lang dit que la roséole annulaire ne résulte pas seulement du groupement des papules, mais qu'il y a une roséole annulaire vraie comme manifestation tardive de la syphilis.

Finger admet aussi l'existence d'efflorescences roséoliques annulaires qui peuvent s'étendre. D'après Fournier, ce sont des récidives tardives.

Neumann distingue plusieurs formes de roséole annulaire ; la première peut être la suite d'une syphilide maculeuse non traitée, la deuxième constitue une récidive tardive dans le sens indiqué par Fournier.

Nævus unilatéral.

Kaposi montre un malade présentant des groupes compacts de papules brun rougeâtre, de la dimension d'une lentille et plus petites, situés dans l'intervalle de cicatrices atrophiques occupant la moitié droite du front, la tempe, la portion droite du cou; des papules semblables, plus ou moins éloignées les unes des autres, mais formant une ligne en zigzag, en partie droite, en partie arciforme, avec de nombreuses interruptions, occupent le côté droit du dos et la région sacro-coccygienne, la face externe de la cuisse droite et le mollet. En outre, sur la ligne médiane de la plante du pied on voit un nævus strié verruqueux formant une chaîne exulcérée en quelques points, qui atteint le milieu du quatrième orteil.

Séance du 7 février 1900.

Lupus érythémateux.

Ehrmann montre un cas de lupus érythémateux qui, au bout de quatre mois de traitement, présente au centre une exulcération superficielle, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, dont la base est recouverte de granulations plates, très vasculaires. Comme on n'observe jamais ces ulcérations dans le lupus érythémateux, E. croit qu'il s'agit dans le cas actuel d'une infection bactérienne et d'une combinaison avec le lupus vulgaire exulcéré.

Kaposi dit que le lupus érythémateux ne se transforme jamais en lupus vulgaire et qu'une semblable perte de substance ne peut se produire que sous l'influence d'irritations mécaniques.

Lang appelle l'attention sur la combinaison exceptionnellement rare des deux formes de lupus, il la regarde comme accidentelle.

Neumann a vu très souvent des ulcérations dans le lupus érythémateux du cuir chevelu. Si les cicatrices atrophiques sont fortement tendues, elles se nécrosent à la suite de troubles de nutrition occasionnés par des tiraillements mécaniques et forment des ulcérations très superficielles. N. n'a jamais observé l'existence simultanée du lupus érythémateux et du lupus vulgaire.

Lupus disséminé.

Kaposi présente un cas de lupus disséminé qui est sans doute unique par l'étendue et le nombre des foyers et par la marche clinique du processus.

Jeune fille de 11 ans, robuste, de taille moyenne pour son âge, atteinte depuis cinq ans d'un fongus du genou droit qui guérit avec ankylose angulaire après subluxation du tibia. La maladie actuelle de la peau existerait aussi depuis environ quatre à cinq ans; mais toutefois au début les taches qui survenaient partout ne se modifiaient pas et même disparaissaient spontanément en partie. Il y a actuellement, disséminées sur tout le corps, plus compactes au cou et sur les membres, des papules arrondies, au nombre de 145, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, d'un rouge brun, nettement circonscrites, semblables à des tumeurs, faisant une saillie de 2 à 4 millimètres et de consistance molle. La peau sus-jacente n'est pas exulcérée. Dans le pli du coude droit, foyer lupique de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent,

déprimé au centre. A la partie supérieure de l'articulation du genou droit trois cicatrices adhérentes à l'os; en arrière une autre cicatrice analogue, plus volumineuse, toutes avec papules rouge-brun.

La marche lente et bénigne mérite encore plus d'être prise en considération que le nombre des foyers morbides. L'affection reste limitée aux nombreux petits foyers isolés et ne prend pas le caractère ulcéreux ordinaire avec extension des foyers morbides.

Lang remarque que les caractères cliniques de ce cas dénotent clairement une infection hématogène; on devait admettre que les germes tuberculeux partis du foyer ont pénétré dans la circulation.

Neumann fait remarquer l'absence de symptômes de régression dans les efflorescences lupiques malgré leur longue durée.

Vitiligo consécutif à un psoriasis.

Kaposi présente un garçon de 15 ans, chez lequel il est resté des taches claires, dépourvues de pigment, à limites nettes, aux lieu et place d'efflorescences psoriasiques disparues sous l'influence de la chrysarobine et d'un traitement indifférent.

Séance du 21 février 1900.

Exfoliation de la surface de la langue.

Nobl présente une fille de 18 ans, atteinte de la forme de glossite exfoliative décrite sous les noms de kératose annulaire, de langue géographique, etc.

Neumann appelle l'attention sur l'importance du diagnostic différentiel de ces cas.

Kaposi observe que, anatomiquement, le processus est, dans tous les cas chroniques, limité à l'épithélium superficiel; par conséquent il faut rejeter l'expression de « glossite ».

K. désigne cette affection sous le nom de glossodynie exfoliative, et il l'a trouvée pour les deux tiers chez des femmes. Des attouchements avec une solution concentrée de nitrate d'argent atténuent beaucoup l'état douloureux; au point de vue des causes, on conseillera une médication diététique, des cures d'eaux, des alcalins, des ferrugineux, etc.

Prurigo æstivalis.

Kaposi présente un gymnasiarque de 21 ans, atteint d'une éruption très prurigineuse, existant depuis l'âge de quatre ans, survenant tantôt sur un point et tantôt sur un autre. Actuellement, il existe sur le front, les faces d'extension des mains et des avant-bras, sur le cuir chevelu, le tronc et les membres inférieurs, des pertes de substance dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de cinquante centimes, semblables à des reliquats de vésicules plates, en outre des papules plus petites, en général excoriées. Dans l'intervalle des lésions de grattage récentes et anciennes, il existe de légères taches de pigment et de petites cicatrices.

K. regarde cette affection, comme la forme de prurigo estival décrite

par Hutchinson en 1888, et dont il a été question au Congrès dermatologique de Vienne de 1892, ou comme une des maladies semblables désignées sous les noms d'hydroa estival vésiculeux et d'acné ortiée nécrotique qui ont été étudiées récemment par Magnus Möller.

Ce qui frappe dans ce cas, c'est que les éruptions apparaissent aussi sur des régions du corps recouvertes par les vêtements, même pendant l'hiver, et quand le malade garde le lit.

Séance du 7 mars 1900.

Phlébite syphilitique.

Finger présente un homme qui est en observation depuis trois mois. Après le chancre infectant et une syphilide papulo-pustuleuse, on a remarqué dans ces derniers temps des altérations multiples des veines des membres supérieurs et inférieurs. Les vaisseaux forment des cordons épaissis non douloureux et on sent de petites nodosités correspondant aux valvules des veines. Elles disparaissent sous l'influence d'un traitement spécifique pour reparaître en d'autres points.

Gangrène multiple de la peau.

Kaposi rapporte un cas de gangrène multiple de la peau après une intoxication par l'oxyde de carbone chez une femme de 56 ans. Les lésions occupaient différentes régions (au-dessous du trochanter droit, côté externe de la jambe droite, face interne de la cuisse gauche, tubérosité externe du tibia gauche, sous le sein droit, fesses, etc.).

Avant l'entrée à l'hôpital on avait constaté des hémorrhagies cutanées, sous-cutanées et profondes, au niveau desquelles la peau était soulevée sous forme de bulles pemphigoïdes de mauvais aspect.

Gommes de l'urèthre et de la vessie.

Matzenauer présente une fille de 22 ans, qui a contracté la syphilis il y a quatre ans. Actuellement le bourrelet uréthral est considérablement tuméfié, épaissi, non douloureux, l'orifice uréthral dilaté en entonnoir; sur la paroi supérieure de l'urèthre, ulcère aplati, d'aspect lardacé, à bords lisses, tranchés.

A l'endoscope on voit sur les plis du col des saillies allongées, avec excroissances papillomateuses. Le reste de la muqueuse vésicale est normal. Les gommes de la vessie sont rares; c'est à peine s'il en est fait mention dans les auteurs.

Séance du 9 mai 1900.

Sapolan.

Mracek expose que le sapolan contient deux parties et demie d'un produit xtrait principalement du naphte, une partie et demie de lanoline et 3 à 4 p. 100 de savon. Ce produit, complètement dépourvu d'acides, est d'un brun foncé uniforme, d'une consistance de pommade, ayant une odeur un peu analogue à celle du naphte, on peut l'étendre facilement sur la peau.

M. l'a employé avec de bons résultats dans 5 cas d'eczémas aigus, même d'eczémas papuleux et vésiculeux artificiels; dans 2 cas d'eczémas chroniques rebelles, dans 2 cas de prurit sénile grave. Dans l'impetigo contagiosa, l'ecthyma, la gale, l'urticaire les résultats furent également excellents.

Kaposi est d'avis qu'il faut être très prudent en présence du nombre infini des préparations chimico-pharmaceutiques modernes. Il serait préférable d'essayer d'abord des produits chimiques simples, car même des substances isomères ont souvent une action thérapeutique tout à fait différente, comme le naphtol α et le naphtol β.

Atrophie idiopathique progressive de la peau.

Matzenauer présente un homme de 47 ans, chez lequel on voit disséminées sur tout le corps, sans localisation déterminée, des plaques rouge-brun sale, de la dimension de la paume de la main et même plus larges, sur lesquelles la peau est quadrillée, finement ridée et sale, en défurfuration. Nulle part de lésions de grattage, ni papules ni vésicules. L'affection existerait depuis quatre ans dans le même état. M. demande si on peut comparer cette maladie à la dermatite exfoliative de Brocq puisque les préparations qu'on lui a envoyées présentent les mêmes altérations histologiques que l'atrophie de la peau.

Kaposi remarque expressément que ce malade présente des foyers de dimensions variées, tout à fait irréguliers, séparés les uns des autres et entourés par de la peau tout à fait saine, ce qu'on n'observe pas dans l'atrophie idiopathique. De plus, les vaisseaux ne sont pas atteints. L'état ridé de la peau n'est qu'une altération superficielle de l'épiderme. Les foyers en forme de plaques, pâles, atoniques, sont bien plutôt l'indice d'un eczéma anémique. Tout au contraire la dermatite exfoliative de Brocq présente les caractères d'une maladie de la peau aiguë, diffuse, accompagnée de fièvre et de symptômes généraux graves.

BERLINER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT

Séance du 6 février 1900.

Lupus érythémateux aigu.

Heller présente une femme de 44 ans, qui depuis deux ans est atteinte d'une atrophie des reins. En novembre 1899 survinrent brusquement sur le visage, le front, les oreilles et le nez, ainsi que sur le dos des mains, le côté de l'extension des bras et la plante des pieds, des plaques rouges variant de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent à celle de la paume des mains, recouvertes en partie de squamules adhérentes et de croûtes. Cette éruption n'occasionnait qu'un prurit modéré. Le salicylate de soude à l'intérieur et le thiol extérieurement parurent amener une légère amélioration. Au commencement de cette année, on constata une lésion de forme annulaire et, comme le mari de la malade avait eu la

syphilis trente ans auparavant, on prescrivit un traitement ioduré que l'affection rénale obligea à cesser. L'apparition brusque de l'éruption sur des surfaces aussi étendues est un fait exceptionnel.

Psoriasis développé sur des cicatrices de vaccin.

Bruhns présente une fillette de 12 ans qui, depuis l'âge de six mois, est atteinte de psoriasis et chez laquelle il s'est développé, au niveau des pustules vaccinales, des efflorescences psoriasiques. Une des inoculations n'ayant donné lieu qu'à une pustule rudimentaire, l'éruption psoriasique est aussi très peu développée à son niveau.

Gale animale.

Bruhns a observé trois cas de gale animale. Les deux premiers concernaient deux petites filles qui présentaient sur les bras et le tronc des lésions de grattage ; le tiers inférieur des avant-bras et les mains étaient indemnes. L'infection provenait d'un chat galeux : on trouva dans les croûtes de nombreux acares de sarcopte minor. L'affection guérit rapidement avec une pommade soufrée. Dans le troisième cas il s'agissait d'une femme de 37 ans dont le mari et le frère étaient également atteints. La localisation et les symptômes étaient les mêmes que dans le cas précédent. On ne put trouver de sillons. La contagion provenait d'un chien chez lequel on trouva le sarcopte minor en grande quantité.

Leucodermie post-psoriasique.

Rosenthal présente une fille de 23 ans, atteinte de psoriasis depuis son enfance. Les récidives se sont succédé sans interruption. On a employé à différentes reprises localement la chrysarobine, et, en dernier lieu, l'arsenic sous forme d'injections. Sous l'influence de ce traitement le psoriasis a presque complètement disparu, mais il est survenu des taches leucodermiques, surtout sur le cou et la paroi antérieure du thorax. On désigne cette maladie de peau sous le nom de leucodermie psoriasique ; mais on devrait l'appeler leucodermie post-psoriasique, car elle est consécutive à l'emploi de l'arsenic et ne survient qu'après la disparition des grandes plaques. Même dans les régions qui étaient indemnes de psoriasis, on voit apparaître des taches de leucodermie.

Séance du 6 mars 1900.

Lichen simplex chronicus.

Markuse présente un jeune homme de 21 ans qui, depuis l'âge de 8 ans, souffre de prurit cutané. Actuellement il existe sur le cou et les parties latérales, ainsi que sur la partie inférieure de l'abdomen, des territoires hyperpigmentés de la dimension de la paume de la main, à l'intérieur desquels on voit un grand nombre de papules blanches, confluentes, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de chènevis. Prurit intense au niveau de ces papules. Le malade a été traité à plusieurs reprises ; l'arsenic n'a pas donné de résultats. Au microscope, les papules sont situées autour des follicules pileux, et, autour de leur orifice, il y a

une cuticule parakératosique qui se décolore par le Gram. Dans la couche cellulaire basale, pigment abondant; en outre, il y a dans la région des papules une acanthose modérée ainsi que des infiltrations de petites cellules tout le long des petits vaisseaux du derme et autour des glandes sudoripares.

Pemphigus malin hémorrhagique des nouveau-nés.

Markuse rapporte l'observation d'un enfant né à terme de parents bien portants ainsi qu'un frère âgé de 12 ans. Le cinquième jour après la naissance deux bulles apparurent sur le dos; plus tard, il s'en développa sur le reste du corps. Le dos, l'abdomen et les membres furent envahis et finalement la paume des mains et la plante des pieds. Les bulles, incomplètement remplies d'un liquide hémorrhagique, étaient excoriées de sorte que de grandes surfaces étaient dépouillées d'épiderme.

Après la mort, il ne restait qu'une bulle qui fut excisée.

On constata d'importantes anomalies de kératinisation, une hyperkératose et une parakératose caractérisées, outre des hémorrhagies dans le derme et dans le tissu conjonctif sous-cutané. La bulle était formée par soulèvement de la couche cornée.

Rosenthal ne saurait admettre le diagnostic de pemphigus malin, car on entend sous le nom de pemphigus neonatorum une affection contagieuse bénigne qui évolue avec des symptômes tout à fait particuliers. Par suite, une confusion pourrait se produire; il serait plus exact de dire ici pemphigus malin chez un nouveau-né.

Séance du 26 mars 1900.

Traitement de la blennorrhagie.

Casper est convaincu qu'il n'existe pas de panacée contre la blennorrhagie et que les méthodes actuelles sont insuffisantes. Le traitement doit être dirigé de façon à éviter autant que possible toute complication.

Pour ce motif, C. rejette, pendant la période aiguë, le traitement abortif et le traitement instrumental.

Dans les blennorrhagies avec phénomènes inflammatoires intenses, C. recommande le thallium; s'il échoue, une solution de permanganate de potasse à 1 p. 8000; dans les cas où les phénomènes inflammatoires font défaut, les antiseptiques et les bactéricides sont préférables, le nitrate d'argent de 1 p. 10000 à 1 p. 4000 et le protargol de 1/4 à 1 p. 100. En même temps on emploie des astringents, le permanganate de potasse et le sulfate de zinc.

Contre les blennorrhagies chroniques avec lésion de l'urèthre postérieur, il y a lieu de recourir aux instillations de Guyon. S'il y a des complications du côté de la prostate, le massage systématique donne de bons résultats. Avec Neisser, C. regarde le gonocoque comme le seul et unique agent infectant et sa démonstration éventuelle à l'aide d'interventions provocatrices peut seule permettre d'apprécier l'infectiosité d'une période.

Meyerhoff pense que l'huile de santal peut rivaliser avec toutes les autres méthodes.

Sur 75 malades, 64, soit 86,5 p. 100, ont été guéris. La durée du traitement est la même qu'avec les autres procédés. L'huile de santal fait disparaître la bactériurie.

Saalfeld confirme les bons résultats de l'huile de santal et le peu de complications qui surviennent avec ce mode de traitement.

Blaschko n'a pas obtenu avec le santal des résultats aussi brillants que ceux indiqués par Saalfeld. Quant à la bactériurie, il a démontré qu'elle n'a son siège que dans la partie la plus antérieure de l'urèthre. On la combat avec succès en essuyant à cinq ou six jours d'intervalle la fosse naviculaire avec un petit tampon d'ouate trempé dans une solution à 2 p. 100 de nitrate d'argent.

Lesser n'a pas été satisfait du santal; il a vu survenir un certain nombre d'épididymites et de cystites.

Lipmann Wulff dit que Posner a depuis longtemps dans sa clinique abandonné le santal, qui n'attaque pas les microbes ; on doit lui préférer les antiseptiques.

Rosenthal regarde le santal comme capable d'aider très efficacement le traitement de la blennorrhagie ; on devrait, comme l'a fait Posner, renoncer au traitement exclusif avec le santal; toutefois c'est un bon adjuvant et Plachte se convaincra, lorsqu'il aura traité ainsi une série de malades, que des injections appropriées lui donneront de meilleurs résultats. Quant au traitement abortif, on peut, en choisissant judicieusement les cas, obtenir des effets relativement bons et rapides. Le protargol, à titre de traitement abortif, a exercé dans quelques cas une influence favorable sur les gonocoques et sur l'écoulement.

Casper regarde le santal comme un utile auxiliaire; dans la bactériurie il n'a pas obtenu les mêmes bons résultats que Blaschko. Avec le traitement abortif, il craignait de voir survenir des complications.

Séance du 1er mai 1900.

Alopécie intermittente chez un épileptique.

Ledermann présente une jeune fille de 20 ans, atteinte d'une chute des poils tout à fait spéciale. Cette malade est épileptique. A l'âge de 12 ans, elle a eu une pneumonie à la suite de laquelle les cheveux et les poils tombèrent. Peu à peu, ils repoussèrent; toutefois les cheveux sont restés très clairsemés, de sorte que cette malade est obligée de porter une perruque. Mais les cheveux subissent constamment une mue spéciale; ils tombent presque complètement au début de l'hiver pour pousser de nouveau lentement en été et atteindre une longueur de 10 à 12 centimètres. Les traitements employés jusqu'à présent n'ont donné aucun résultat.

Lesser demande si les sourcils et les cils sont aussi tombés.

Ledermann répond affirmativement. Dans ces dernières années, la pousse des cheveux a été plus considérable. Les poils follets sont conservés.

Rosenthal croit que ce cas rentre dans le cadre des alopécies généralisées. Ce qu'il y a d'intéressant ici, c'est que la chute et la pousse des cheveux se font à certaines saisons de l'année ; toutefois on observe souvent une mue de ce genre dans les formes graves de l'alopécie en

aires de longue durée. R. a vu plusieurs cas semblables qui, selon lui, ne sont pas absolument rares. Dans ces cas il se fait une mue fréquente.

Blaschko partage l'opinion de Rosenthal. Le diagnostic serait très facile si on savait de quelle manière les poils sont tombés la première fois, si la chute a eu pour point de départ un foyer en cercle. Dans l'alopécie généralisée, B. a vu souvent survenir brusquement des récidives, mais dans ces cas il s'agissait d'une alopécie en aires typique.

S'il se produit dès le début une raréfaction du système pileux tout entier, il s'agit d'un autre processus.

Ledermann dit que, d'après la mère, la chute des cheveux a été assez générale, occupant d'abord une grande surface au-dessus de l'oreille.

Pincus rappelle un cas consigné dans la littérature dans lequel chaque année il survenait une mue du cuir chevelu.

Sclérodermie diffuse.

Buschke présente un homme de 44 ans, atteint de sclérodermie. Ce malade a 3 enfants sains, il n'a jamais eu la syphilis. En février dernier, il a eu l'influenza à la suite de laquelle survint une raideur spéciale de la nuque qui s'étendit peu à peu au thorax, au visage et aux membres inférieurs ainsi que sur les fesses. La peau de ces régions est dure comme du bois ; en quelques points elle a une tension élastique.

On a tout d'abord regardé cette affection comme de la trichinose ; toutefois les troubles musculaires manquaient. On avait pensé aussi au myxœdème. Mais, outre que les modifications cutanées ne répondaient pas à celles du myxœdème, il n'y avait pas de phénomènes psychiques. Le traitement a consisté en massage qui a déjà produit un résultat favorable sur le membre droit.

Blaschko cite deux cas de sclérodermie qu'il a observés, survenus à la suite, l'un de la scarlatine, l'autre d'un refroidissement. Dans ces deux cas, le massage électrique prolongé pendant plusieurs mois a déterminé une amélioration notable.

Heller appelle l'attention sur l'expression de jeunesse du visage qui, dans la sclérodermie, s'explique par la présence de l'œdème. Il a souvent vu cette maladie apparaître d'une manière aiguë à la suite de refroidissements.

Blaschko, dans les cas où la sclérodermie est survenue après la scarlatine, avait supposé que cette affection avait été provoquée par une lésion des vaisseaux.

Séance du 12 juin 1900.

Infection blennorrhagique générale.

Rosenthal rapporte l'observation d'un homme de 27 ans, sans antécédents cardiaques, qui fut atteint il y a environ six semaines de blennorrhagie accompagnée de douleurs dans le testicule gauche, épididymite et funiculite du même côté, et peu après de cystite, d'un abcès de la prostate et quelques jours plus tard de l'épididyme. Le jour où on devait opérer les collections purulentes, l'abcès de la prostate s'ouvrit dans le

rectum ; mais on n'en chloroforma pas moins le malade pour donner un meilleur écoulement au pus prostatique et inciser l'abcès de l'épididyme. A ce moment les bruits du cœur étaient absolument normaux. Dans le pus on trouva des gonocoques. Huit jours plus tard, le malade paraissait légèrement cyanosé, palpitations, élévation de la température ; au niveau du cœur on percevait un bruit de souffle systolique. A la percussion on constatait de l'hypertrophie du cœur à droite. Sous l'influence d'applications de glace, de l'administration interne de la digitale et de la caféine, les symptômes disparurent.

Il s'agit ici d'une forme bénigne d'endocardite blennorrhagique.

Lesser demande s'il n'y avait pas d'autres complications du côté de la peau ou des articulations.

Rosenthal répond qu'il n'existait ni érythèmes ni arthropathies.

Michaelis examine les différentes formes d'affections du cœur dans la blennorrhagie. Il distingue, outre les variétés maligne et bénigne de l'endocardite qui sont provoquées par des gonocoques, une forme nerveuse, une névrose du cœur qui peut compliquer la blennorrhagie.

Urticaire pigmentaire.

Lesser présente une malade de 37 ans, atteinte d'urticaire pigmentaire. Son affection remonte au mois de décembre dernier. Au début, il se produisit des éruptions semblables à des pomphi, de la dimension d'une lentille à celle d'un pois; plus tard, les efflorescences prirent de plus grandes proportions et présentèrent en même temps une pigmentation brun foncé. État général satisfaisant. Depuis trois semaines, on ne constate aucun changement.

Le corps tout entier est recouvert de nombreuses efflorescences urticariennes, de dimensions variables; elles ont leur siège sur le front et le thorax. Nombreuses plaques d'urticaire artificielle. En outre, jamais le plus léger prurit. Microscopiquement on n'a trouvé qu'un œdème de la peau, pas d'accumulation de cellules plasmatiques ni de Mastzellen. Les fibres élastiques paraissent séparées les unes des autres au niveau des pomphi et sont moins compactes que dans la peau normale. L'absence de Mastzellen peut être due à ce que les pomphi étaient de date récente.

Pincus voit dans les préparations la même quantité de Mastzellen que dans les pomphi ordinaires de l'urticaire.

Séance du 3 juillet 1900.

Foyers périphlébitiques.

Blaschko présente deux préparations microscopiques provenant d'un jeune homme qui avait contracté la syphilis en 1895, et qui, les trois années suivantes, a été traité par les frictions. Il y a deux mois, ce malade a eu une leucoplasie de la langue et de plus, dans la région temporale, trois papules syphilitiques typiques. En outre il existait, sur le front et la moitié supérieure de la face, des plaques érythémateuses, saillantes au centre, comme des papules de strophulus et qui avaient une certaine ressemblance avec des piqûres de punaises. Sous l'influence d'un trai-

tement spécifique, ces plaques disparurent lentement en laissant de petites papules dures, qui avaient leur siège dans les couches profondes du derme. Ce malade a la peau très délicate et présente des varices sur les membres supérieurs et inférieurs, ainsi qu'un varicocèle et des ectasies veineuses de la face. B. porta le diagnostic de foyers périphlébitiques. L'examen microscopique a confirmé cette hypothèse. On voit un gros thrombus déjà organisé; au centre, il y a des reliquats de fibres élastiques ; à la périphérie, une forte infiltration. Ces caractères ont une grande ressemblance avec ceux décrits par Philippson dans son travail sur les embolies et les métastases de la peau.

Ils représentent une thrombophlébite qui forme la période de début d'une tumeur gommeuse. B. a, dans ces dernières années, observé à plusieurs reprises des phlébites syphilitiques, et, chez des malades prédisposés aux varices, il a trouvé des foyers de ce genre, non seulement dans la forme tardive, mais aussi dans la première année de la maladie. Ces phlébites se résorbent complètement ou suppurent. B. croit que la plupart des ulcères de jambe sont la suite d'infiltrats phlébitiques ou périphlébitiques de ce genre. La disposition longitudinale spéciale de ces lésions facilite beaucoup le diagnostic.

Il faut aussi tenir compte de la disposition aux varices, du groupement en séries des efflorescences et de l'apparition de taches érythémateuses avec infiltration centrale. Le siège est habituellement plus profond que celui des papules, leur coloration plus bleuâtre. L'absence d'artère dans ce cas est démontrée par le reliquat du tissu élastique qui serait beaucoup plus abondant s'il s'agissait d'une grosse artère.

En outre, toutes les artères voisines sont intactes, tandis que les veines sont dilatées et en partie remplies de sang, turgescentes.

Air liquide en thérapeutique cutanée.

Saalfeld a expérimenté l'air liquide dans le traitement des maladies de la peau. Comme premier essai il toucha deux fois légèrement une souris grise ; la peau devint dure comme du bois, et l'animal mourut au bout de dix minutes, vraisemblablement par suite du shock produit par le froid. Sur un lapin l'attouchement, avec de l'air liquide, d'une partie dégarnie de poils, rendit la peau dure comme du cuir pendant quelques jours. S. a traité un lichen ruber plan, un eczéma du cou existant depuis dix ans, un eczéma professionnel du doigt chez une jeune fille, des verrues et un chancre mou. Les résultats furent en somme satisfaisants. Dans le lichen plan et les autres affections, après plusieurs attouchements faits dans l'espace de dix à quinze secondes, il survint une bulle d'où s'écoula de la sérosité et qui guérit. Mais, en raison du prix élevé de l'air liquide, S. fut obligé d'interrompre ses recherches ; il a alors employé d'autres réfrigérants, le chlorure d'éthyle ou de méthyle. Les résultats paraissent encourageants.

A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné.

Étude clinique sur l'acné et l'état séborrhéique (Klinisches über Acne und den seborrhoischen Zustand), par J. Schütz. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LI, p. 323.

La cause commune des différentes périodes de l'état séborrhéique serait, selon S., une paresse de la circulation et de la perspiration de la peau, qui détermine en même temps une modification de la sécrétion.

Dans une série d'observations S. a pu constater, par exemple, que les sujets jeunes atteints d'acné à la période de leur développement, s'ils se livraient à des exercices, étaient toujours plus fatigués, plus oppressés; transpiraient plus que les autres. Ceci était particulièrement frappant parce que leur aspect physique pouvait précisément faire supposer le contraire. L'examen du cœur que S. a été rarement à même de faire, a donné des résultats peu importants, qui s'expliquaient suffisamment par des complications (chlorose). Il en résulte qu'au repos l'activité du cœur est suffisante et qu'il n'existe pas d'affections organiques cardiaques au sens clinique du mot.

Les sueurs des acnéiques sont très saturées et très acides. Dans un petit nombre de cas S. a constaté qu'avec une alimentation semblable la quantité d'urine était moindre chez les acnéiques que chez les sujets bien portants.

Il est évident qu'il faut chercher dans un développement incomplet et dans une plus faible adaptation du cœur la raison fondamentale des troubles qui surviennent à l'époque de la puberté chez les acnéiques et qui influencent le processus entier du développement végétatif.

En se plaçant à ce point de vue il est facile de comprendre pourquoi les enfants de la campagne ont rarement de l'acné à la puberté ; pourquoi au contraire, dans les villes, l'acné est si fréquente.

A la campagne, l'activité cardiaque a l'occasion de s'exercer ; il n'y a pas un régime carné exagéré, avec excès de sels à base de potasse qui constituent un facteur irritant, inutile pour le cœur de l'enfant, surtout en raison de la faible dépense musculaire. En réalité, à la campagne, le développement se fait beaucoup plus tard que dans les grandes villes et il s'effectue en un laps de temps beaucoup plus court, de sorte que, au bout d'un an, les sujets jeunes paraissent comme transformés. C'est dans l'acné rosée que l'insuffisance relative du cœur est surtout évidente.

L'eczéma séborrhéique, qui résulte de la participation de microorganismes, est lié à un terrain particulièrement propice ; il en est de même pour le pityriasis versicolore. Dans tous les cas observés par S. les sujets atteints d'eczéma séborrhéique présentaient d'autres signes de l'état sébor-

rhéique, par exemple la séborrhée sèche du cuir chevelu. La séborrhée est une période préliminaire de l'eczéma séborrhéique.

Les sujets atteints d'eczéma séborrhéique présentent, d'après les observations de S., une faiblesse du cœur qui a pour conséquence une altération de la sueur, et comme qualité et comme quantité. Cette paresse de la circulation est, le plus souvent, le résultat d'une hygiène et d'un régime défectueux.

Il serait surtout intéressant d'étudier l'eczéma séborrhéique que S. ne généralise pas autant que Unna, mais limite aux formes ressemblant extérieurement à l'eczéma et s'en distinguant par la rougeur et par leur circonscription.

S. ne veut nullement nier le rapport soutenu par Unna entre la séborrhée et l'eczéma séborrhéique inflammatoire.

Il admire, au contraire, complètement l'observation précise de Unna, dans la plupart des points ; mais il lui répugne d'employer le nom d'eczéma pour une maladie qui commence par de la desquamation et manque dans les régions humides. L'eczéma séborrhéique n'est, pour S., qu'une séborrhée compliquée d'inflammation de la peau : pour la différencier de l'eczéma vrai et des maladies analogues provoquées par des saprophytes, elle réclame aujourd'hui une dénomination spéciale, d'autant plus que cette maladie, dont autrefois on parlait rarement, a certainement été diagnostiquée souvent à tort. L'eczéma séborrhéique n'est-il, comme le pense Török, qu'un psoriasis atypique ? Provisoirement S. le sépare absolument du psoriasis. A. Doyon.

Atrophie cutanée.

Atrophie idiopathique diffuse progressive du derme comparée à l'atrophie sénile de la peau (Ueber Atrophia idiopathica diffusa progressiva cutis im Gegensatze zur senilen Atrophie der Haut), par A. Huber. *Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, 1900, t. LII, p. 70.

On n'a publié jusqu'à présent que 10 cas d'atrophie idiopathique de la peau. H. a observé le cas suivant qui concerne une femme de 75 ans : au moment de son entrée à l'hôpital, cette malade présentait depuis quinze jours des lésions ayant envahi toute la surface de la peau et correspondant en partie aux caractères cliniques d'une dermatomycose marginée. En même temps il y avait aussi une atrophie très prononcée de tous les tissus de la peau, depuis l'insertion du deltoïde jusqu'à la base de la deuxième phalange des doigts. La peau est très amincie, fanée, sèche, rouge bleuâtre, et forme des rides nombreuses et très fines ; on peut la plisser comme du papier à cigarettes sur toutes les surfaces malades ; défurfuration et diminution notable des poils. Le bras droit est beaucoup plus atteint que le bras gauche ; sur le bras droit la peau, qu'on peut soulever en plis épais, est jaune-brun ; pas de cyanose. La peau du tronc présente les caractères cliniques de l'atrophie sénile ; les membres inférieurs n'offrent rien d'anormal ; seulement, sur la face antérieure des pieds, cyanose très accusée.

H. a examiné, au point de vue histologique, des fragments de peau excisés sur deux régions atteintes l'une d'atrophie idiopathique, l'autre d'atro-

phie sénile. Sur une même malade il a pu étudier parallèlement les deux formes d'atrophie. Comme il n'a trouvé dans la science aucune indication de recherches histologiques se rapportant à cette question et que les deux variétés d'atrophie présentent entre elles de grandes différences histologiques, il résume dans un tableau celles qui existent entre ces deux espèces d'atrophie, afin de permettre un diagnostic précis dans les cas douteux.

Les résultats des recherches de H. peuvent se résumer comme il suit :

L'atrophie idiopathique diffuse se distingue histologiquement sous beaucoup de rapports de l'atrophie sénile de la peau ; elle se rapproche, par contre, notablement de l'état atrophique des tissus dans l'épidermolyse bulleuse héréditaire.

On peut se représenter provisoirement de la manière suivante les modifications pathologiques : dans le chorion il se fait une infiltration qui exerce, d'une part sur les fibres élastiques et les éléments de tissu conjonctif, de l'autre sur les annexes, une pression qui entraîne d'abord l'atrophie de ces éléments et plus tard leur destruction. En outre, l'infiltration comprime aussi la couche de Malpighi, mais principalement la série de cellules cylindriques ; après leur destruction, l'infiltration pénètre dans la série la plus élevée des cellules du réseau de Malpighi et écrase aussi ces dernières en passant pour les détruire finalement. A. Doyon.

Desquamation des lèvres.

Desquamation chronique des lèvres (A report of two cases of persistent exfoliation of the lips), par H. Stelwagon. *Journal of cutaneous and gen. urin. dis.*, juin 1900, p. 268.

Les deux observations publiées par S. sont tout à fait semblables.

Il s'agit de deux femmes âgées de 18 et 30 ans, la seconde neurasthénique. La maladie était limitée au bord libre des lèvres, sans envahir la peau ni la muqueuse proprement dites. Le bord des lèvres était couvert de squames épaisses, blanchâtres, parfois feuilletées, se soulevant par leurs bords et laissant voir une surface un peu plus pâle que normalement et comme laiteuse. Quand on arrachait les squames, on trouvait une surface rouge et un peu douloureuse. Il n'y avait ni douleur spontanée, ni prurit. Cet état durait depuis plusieurs années sans être influencé par la saison, sans aucun trouble général. Tous les traitements sont restés à peu près infructueux. Cependant, chez la seconde malade, des applications d'acide lactique pur à deux ou trois reprises suivies de frictions de pommade à l'ichtyol ont amené, au moins provisoirement, une amélioration. W. D.

Engelures.

Diagnostic des engelures (Zur Diagnose der Frostbeulen), par P. G. Unna. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1900, t. XXX, p. 70.

Le diagnostic des engelures est en général facile, surtout dans les régions où il existe des engelures caractérisées, aux mains ou aux pieds. Mais dans certains cas le diagnostic différentiel des engelures et du lupus érythémateux (ulérythème centrifuge) des mains présente de grandes difficultés. Un bon moyen de diagnostic indiqué par U., c'est la diascopie

de l'engelure, qui permet de reconnaître régulièrement au centre une petite hémorrhagie produite par diapédèse. Cette hémorrhagie centrale manque absolument dans l'ulérythème centrifuge. Si on emploie un verre de couleur verte pour la diascopie d'une engelure, l'hémorrhagie centrale est beaucoup plus nette, noire sur un fond blanc ; avec ce même procédé, la marbrure jaunâtre d'une tache d'ulérythème ou d'une syphilide n'est pas distincte ou l'est à peine. A. DOYON.

Favus.

Propriétés expérimentales et cliniques de l'achorion de Schönlein (Ein Beitrag zur Kenntniss der experimentellen und klinischen Eigenschaften des Achorion Schönleinii), par BUKOVSKY. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LI, p. 364.

Les recherches de B. ont porté sur deux points : 1° étudier expérimentalement la marche clinique du favus sur la peau humaine et préciser, tant par des observations cliniques que par les examens histologiques et bactériologiques, la période dite herpétique de Köbner, et voir si sa réalité est justifiée ; 2° apprécier la manière dont se comporte l'achorion introduit dans les veines d'un animal.

En ce qui concerne le premier point, B. conclut de ses recherches cliniques et histologiques que la forme herpétique se distingue systématiquement de la forme scutulaire. Dans la forme herpétique la lésion dominante est une inflammation vive, aiguë des couches superficielles de la peau, dans laquelle le champignon ne continue pas à se développer.

Dans la forme scutulaire, la croissance du champignon est au premier plan ; par contre, les lésions cutanées sont à l'arrière-plan et paraissent être simplement la réaction de l'influence mécanique et chimique du godet. La raison qui empêche le champignon de se développer davantage dans la forme herpétique ne peut être que l'inflammation de la peau, laquelle modifie la nature du terrain et entraîne par suite l'élimination du champignon. Il faut attribuer la principale importance à l'intensité et à la durée de l'inflammation.

Si après l'infection il ne survient qu'une faible réaction passagère, le point inoculé est disposé à la formation d'un godet. Mais plus l'inflammation est précoce et prolongée, moins les conditions locales sont favorables à la croissance du champignon, et le godet finit par ne plus pouvoir se développer.

D'autre part, il n'est pas impossible que, sur un point voisin sur lequel il ne s'est pas produit une vive réaction, le mycelium végète. Ainsi s'expliquerait clairement que la période dite herpétique n'occupe pas à proprement parler dans le tableau clinique la place qu'on lui attribue depuis Köbner, car ce n'est pas une période, mais une forme indépendante dans laquelle l'achorion ne joue que le rôle de corps étranger. On peut donner à cette forme le nom d'abortive.

Dans une autre série d'expériences, B. a cherché à établir expérimentalement sur les animaux la pathogénie de l'achorion et l'action du champignon sur l'organisme ; il en conclut que le favus peut se développer dans l'organisme du lapin sous forme d'éléments qui rappellent beaucoup les

actinomyces ; que l'absence de croissance du champignon ne tient pas à sa nature, mais à la réaction de l'organisme qui se défend en éliminant le corps étranger. Si on injecte des liquides renfermant en suspension de grandes quantités de champignons, l'animal succombe à des obstructions vasculaires mécaniques ou à des inflammations considérables d'organes importants. Si, au contraire, on emploie des liquides ne renfermant qu'une petite quantité de champignons en suspension, l'animal reste bien portant. Le favus n'est donc pas pathogène pour les animaux. A. Doyon.

Filaire.

Métamorphoses de la filaria sanguinis hominis dans le corps des moustiques (On the metamorphosis of the Filaria sanguinis hominis in mosquitoes), par S. P. James. *British med. Journal*, 1er sept. 1900, p. 533.

J. admet que les moustiques du genre Anopheles sont plus fréquemment que les Culex le véhicule de la filaire du sang.

Il a pu garder vivants jusqu'à dix-huit jours des moustiques nourris de sang contenant des embryons de filaires, et il a pu suivre toutes les transformations des parasites. Ceux-ci se logent surtout dans le thorax, mais il a pu en trouver dans le rostre des moustiques très vivants et agiles. Or, comme ces filaires, même à la fin de leur développement, meurent assez rapidement dans l'eau, J. en conclut que la jeune filaire est inoculée directement dans le sang du malade pendant la piqûre.

Dans la discussion, Manson remarque que, si les Européens sont beaucoup moins atteints de filariose que les indigènes, c'est qu'ils sont beaucoup moins piqués par les moustiques. Il faut, en effet, un grand nombre d'inoculations pour produire une filariose appréciable cliniquement. Une filariose intense où chaque goutte de sang contient un grand nombre d'embryons suppose la présence de plusieurs centaines de filaires adultes dans le corps du malade. Cependant Manson admet aussi que les jeunes filaires peuvent être introduites par l'eau de boisson.

Maitland cite des cas où l'infection paraît bien s'être faite par l'eau et admet que cette voie est la plus fréquente. W. D.

Furonculose.

Traitement peu connu de la furonculose (On a little known treatment of furunculosis), par G. Langmann. *New-York med. Journal*, 2 juin 1900, p. 854.

L. recommande comme traitement du furoncle l'électrisation galvanique. Il applique sur le furoncle un petit tampon de coton mouillé au besoin avec une solution antiseptique et servant d'électrode négative avec un grande électrode positive indifférente, placée à distance et il fait passer 2 à 5 milliampères pendant cinq à dix minutes. Aussitôt après, le malade éprouve du soulagement. Si le furoncle est au début, il avorte ; s'il est plus avancé et déjà suppuré, le bourbillon s'élimine avec très peu de pus et tout s'arrête là ; les furoncles satellites avortent. W. D.

Impétigo.

Impétigo bulleux simulant le pemphigus vulgaire (A case of impetigo contagiosa bullosa simulating pemphigus vulgaris), par A. Faller. *American Journ. of Dermatology*, janvier 1900, p. 29.

Un enfant de 13 mois est pris subitement de fièvre et présente une éruption généralisée de grandes bulles disséminées un peu partout, tendues, rondes, naissant sur la peau saine. Au bout de quelques jours, un enfant couché dans un lit voisin est atteint d'impétigo typique et l'on découvre sur le premier enfant une lésion du même genre apparue tout récemment. Les deux enfants guérirent rapidement avec de l'onguent de mercure ammoniacal. Il paraît évident que l'éruption bulleuse qui fut prise pour du pemphigus n'était qu'une forme anormale d'impétigo. W. D.

Lichen.

Traitement et étiologie du lichen chronique circonscrit, hypertrophique (Ein Beitrag zur Therapie und Ætiologie des Lichen chronicus circumscriptus hypertrophicus. Lichen ruber verrucosus, Lichen corneus), par J. Schütz. *Archiv f. Dermatol u. Syphilis*, 1900, t. LII, p. 59.

Le lichen circonscrit chronique hypertrophique est une maladie rare. S. a observé cette forme presque exclusivement aux jambes et chez l'homme ; il ne l'a rencontrée qu'une seule fois chez une femme et un homme aux hypochondres. Tous les cas se ressemblent beaucoup. Il s'agit d'hommes d'âge moyen, de santé générale convenable, ayant de nombreux poils lanugineux et des veines apparentes ou variqueuses aux jambes. Le siège de la maladie est le tiers moyen de la face interne du tibia ; l'éruption s'étend d'ordinaire longitudinalement de haut en bas, sous forme de foyers saillants de la largeur de la main, situés entre le mollet et la veine saphène. Les plaques constituent des infiltrations du derme, arrondies, en forme de haricot, allongées, cylindriformes, assez saillantes au-dessus du niveau de la peau, de coloration rouge et, sur les plaques anciennes, rouge bleu, rouge brun, à surface brillante, en desquamation et disparition complète des poils. Chez presque tous les malades, il y a un violent prurit.

Quant au traitement, S. regarde l'extirpation, le raclage avec la curette, les caustiques comme les modes de traitement les plus efficaces et les plus rapides. Dans quelques cas, les mousselines-emplâtres au mercure et à l'arsenic ont donné de bons résultats. Dans l'espace d'environ dix jours ils déterminent avec des douleurs modérées la gangrène des infiltrats. L'application de compresses imbibées d'alun ou d'eau boriquée produit dans les huit ou quinze jours suivants la chute par suppuration des parties gangrénées ; les pertes de substance sont trouées comme à l'emporte-pièce, sans entamer la peau saine. La guérison se fait, suivant l'étendue de la plaie, en deux ou trois semaines avec les mousselines-emplâtres au plomb ou au borax.

Parmi les 4 cas guéris par S., il en était 2 dont on ne pouvait pas confirmer le diagnostic de lichen par la constatation de papules vraies sur la peau ou sur les muqueuses. A. Doyon.

Lupus.

Lupus nodulaire (A case of lupus circumscriptus nodularis), par J. Liddell. *British Journal of Dermatology*, sept. 1900, p. 319.

Une jeune fille de 29 ans est atteinte d'une éruption sur la face, les bras et les pieds, formée de plaques rouges de 10 à 15 millimètres de large, saillantes, infiltrées, dures et bien limitées; leur surface est lisse et un peu cireuse sans desquamation. Dans leur voisinage les vaisseaux superficiels sont un peu dilatés. Les premières plaques sont apparues depuis trois ou quatre ans, et se sont graduellement multipliées. En même temps la santé générale de la malade s'est altérée, elle se sent faible et fatiguée, elle a des engelures. Les ganglions lymphatiques sont normaux.

L'examen microscopique d'une plaque excisée a montré des amas cellulaires nettement enkystés avec des cellules géantes, développés autour des glandes et des conduits sudoripares qui sont dégénérés. L'épiderme est épaissi et aplani, sans prolongements inter papillaires.

On trouve des bacilles tuberculeux dans des nodules et même quelquefois dans les glandes sudoripares.

L. croit qu'il s'agit d'un cas de lupus tuberculeux disséminé, dû à une infection par les glandes sudoripares. W. D.

Endothéliome de la peau sur une cicatrice de lupus (Endothelioma of the skin developing in the scar tissue of lupus vulgaris), par J.-A. Fordyce. *American Journ. of the Med. Sciences*, août 1900, p. 159.

Sur le bord d'une plaque de lupus de l'avant-bras F. a remarqué un nodule gros comme un pois, ressemblant à une chéloïde. Comme il s'accroissait assez rapidement, il en a fait l'excision et a trouvé une néoplasie formée d'amas bien limités de petites cellules très drues ; ces amas étaient creusés au centre d'une cavité remplie de sang. Il considère qu'il s'agit d'un endothéliome. W. D.

Lupus érythémateux.

Épithéliomas multiples développés sur un lupus érythémateux (Multiple epithelioma developing upon Lupus erythematosus), par J. J. Pringle. *British Journal of Dermatology*, janvier 1900, p. 1.

La malade qui fait l'objet de ce mémoire a été observée pour la première fois par P. en 1890. Elle avait alors 36 ans et présentait des lésions très étendues de lupus érythémateux à type fixe sur la face et sur tout le cuir chevelu. Les lésions avaient débuté dix-sept ans avant et il n'y a rien d'important à relever dans les antécédents héréditaires ou personnels. En 1897, on constate que le lupus érythémateux a continué à évoluer et que deux tumeurs épithéliomateuses voisines ont apparu depuis six mois sur le cuir chevelu, dans la région pariétale droite transformée en cicatrice par le lupus érythémateux. On excise les tumeurs, on les couvre par des greffes de Thiersch; on enlève en même temps un ganglion occipital tuméfié, mais que l'examen microscopique montre être sain. Trois semaines après, survient un nodule épithéliomateux gros comme un pois derrière l'oreille droite ; ablation. En janvier 1898, deux nouveaux épithéliomas du cuir chevelu, indépendants des cicatrices opératoires antérieures ; nouvelle opération suivie de greffe. En janvier 1899, deux nouveaux épithéliomas

dans la région occipitale droite, toujours indépendants des tumeurs précédentes; en même temps recrudescence du processus lupique. En décembre 1899, encore un épithélioma dans la région occipitale droite.

L'examen microscopique des pièces excisées a été fait par Galloway. La tumeur est un épithélioma typique avec globes cornés. Les parties voisines sont formées par du tissu de cicatrice très dense avec disparition complète des follicules et des glandes sébacées, et atrophie partielle des glandes sudoripares.

P. remarque que l'épithélioma consécutif au lupus érythémateux est rare ; il est même nié par Desbonnets. Cependant P. a pu trouver dans la bibliographie les faits suivants : Riessmayer, *St-Louis, Courier of medicine*, 1886 ; I. Dyer, *Texas medical Journal*, 1892-93 ; Stopford Taylor, *Liverpool medico-chir. Journal*, 1891, p. 225 ; St. Taylor, *British J. of Dermatology*, t. V. p. 25 ; Kaposi, *Hand-Atlas der Dermatologie*, planche 199 ; Kreibich, *Archiv für Dermat.*, t. L, fasc. 3. Plusieurs de ces observations sont complétées par des renseignements personnels obtenus par P. W. D.

Médicamenteuses (Éruptions).

Érythème produit par l'acide borique (Erythematous rash due to boric acid), par H. Handford. *British medical Journal*, 24 novembre 1900, p. 1495.

Un mineur de 47 ans, souffrait depuis trois ans d'un rétrécissement du pylore. Pour désinfecter l'estomac avant de l'opérer on lui fait des lavages avec une solution d'acide borique à 1 p. 60. Le sixième jour apparaît un érythème sur la face et le dos, la peau est couverte de larges plaques rouges et œdémateuses, avec un prurit très vif. On remplace la solution boriquée par de l'eau claire et l'érythème disparaît en deux jours. On reprend alors les lavages avec de l'eau boriquée à 1 p. 200 ; deux jours après l'érythème reparaît aux coudes et le lendemain il a envahi les paupières, la nuque, la partie inférieure du dos et les cuisses ; on supprime complètement l'acide borique et l'érythème disparaît en trois jours, pour ne plus reparaître. Avant d'employer l'acide borique, le malade s'était lavé l'estomac pendant trois mois avec de l'eau pure sans provoquer d'érythème. W. D.

Gangrène phéniquée (Carbolic gangrene), par F. Harrington. *American Journal of the medical sciences*, juillet 1900, p. 1.

Une jeune fille de 26 ans, assez délicate, se fait une coupure au bout de l'index droit avec un morceau de fer-blanc. Elle le panse avec une solution d'acide phénique dont son frère s'était servi quinze jours avant de la même façon et dans les mêmes circonstances. Dans la soirée, elle imbibe de nouveau le pansement avec la même solution. Pendant la nuit, elle éprouve un peu de douleur ; le matin, elle trouve le doigt gris, lourd et comme mort ; en quelques heures il devient brun jusqu'à la limite du pansement et un peu gonflé au delà. Un mois après, H. trouve le doigt noir avec quelques parties grises, l'ongle est bleuâtre ; un sillon d'élimination très net est à l'extrémité de la première phalange.

L'examen microscopique de l'extrémité amputée montre une nécrose otale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui se colorent uni-

formément par l'éosine, sauf des colonies de microcoques dans les fissures de la surface et dans les vaisseaux thrombosés.

Entre l'hypoderme et le périoste se trouve une zone d'infiltration de leucocytes polynucléés formant par places des collections de pus, avec des hémorrhagies interstitielles et des vaisseaux thrombosés.

H. passe en revue les travaux publiés sur la question ; toutes les observations sont à peu près pareilles, il s'agit toujours de doigts ou d'orteils, et le titre des solutions phéniquées varie de 1 à 5 p. 100. La gangrène est due à une action chimique directe, l'acide phénique dissocie et soulève l'épiderme puis pénètre librement dans les tissus sous-jacents qu'il nécrose.

H. a observé 18 cas de gangrène phéniquée, ce qui, avec ceux qu'il a pu trouver dans divers auteurs, fait un total de 132 cas. Les 4/5 des cas ont été observés chez des femmes. W. D.

Mycosis fongoïde.

Mycosis fongoïde (Mycosis fungoides), par J. Galloway et Macleod. *British Journal of Dermatology*, mai et juin 1900.

G. et M. publient trois observations de mycosis fongoïde, un cas n'a pas dépassé la période prémycosique, un autre malade est mort avec des ulcérations, mais sans tumeurs volumineuses. La nécropsie n'a montré aucune trace de généralisation.

Sur les pièces de biopsie ou de nécropsie provenant de ces trois malades, G. et M. ont fait une étude très complète et minutieuse de l'anatomie pathologique du mycosis, dont nous ne pouvons donner qu'un résumé très sommaire.

A. Dans les lésions prémycosiques on trouve autour des vaisseaux, des follicules et des glandes et même dans les interstices conjonctifs, une infiltration de cellules provenant de la prolifération des cellules conjonctives.

Les unes sont grandes, ovales ou fusiformes, avec un protaplasma granuleux, un noyau à peine plus coloré que le protoplasma, souvent en voie de division karyokinétique.

Les autres sont semblables aux précédentes, mais plus petites, à peine plus grosses que des leucocytes ; elles sont le produit de la division directe des cellules précédentes. On trouve en outre des Mastzellen en quantité modérée, quelques cellules plasmatiques et quelques cellules géantes ébauchées. Les fibres conjonctives et élastiques persistent sans changement.

L'épiderme présente des prolongements profonds et il est en voie d'active multiplication ; il y a de l'œdème intercellulaire et des nids de tissu dermique infiltré isolés dans l'épiderme.

B. Dans les tumeurs ou les ulcérations, la prolifération cellulaire augmente, mais elle se fait uniquement par division directe ; un grand nombre de cellules sont en voie de dégénérescence plus ou moins avancée ; les fibres élastiques sur le bord des foyers d'infiltration et de dégénérescence deviennent colorables par les couleurs basiques, et finalement disparaissent ; la néoplasie refoule et aplatit l'épiderme qui bientôt disparaît en laissant à nu la tumeur.

Les recherches bactériologiques ont fourni d'assez nombreuses cultures, mais aucun des microbes ainsi obtenus ne paraît jouer le moindre rôle dans la maladie. W. D.

Nævi.

Origine épidermique des nævi mous et développement des tumeurs malignes (On the origine of the so-called nævus cells of soft moles and the formation of the malignant growths derived from them), par A. Whitfield. *British J. of Dermat.*, août 1900, p. 267.

W. a entrepris à son tour l'étude des nævi mous ; il a examiné une série de nævi et de tumeurs malignes en dérivant. Il est impossible d'analyser ce mémoire dans ses détails, mais W. conclut, avec Unna, que les cellules de nævus proviennent de l'épiderme et que dans la transformation cancéreuse il continue à se faire des proliférations de la couche inférieure de l'épiderme qui se joignent à la néoplasie. W. D.

Néoplasmes divers.

Tumeurs épithéliales probablement d'origine congénitale (Epithelial tumours, probably of congenital origin), par R. Crocker. *Transactions of the Pathological Society of London*, 1899.

Une fillette de 10 ans présente sur le front des lésions apparues vers l'âge de 3 ou 4 ans, formant une bande d'un pouce de large étendue verticalement du sourcil droit à la lisière du cuir chevelu qu'elle dépasse légèrement. Ce sont de petites tumeurs saillantes, molles, d'un rouge terne, grosses comme une tête d'épingle à un grain de chènevis, isolées ou en plaques.

Ces petites tumeurs sont formées de lobules épithéliaux à petites cellules tout à fait analogues à ceux qui constituent l'ulcus rodens. La néoplasie paraît avoir pour origine les follicules pileux et les conduits excréteurs sudoripares ; les glandes sébacées sont peu altérées et les glomérules sudoripares sont intacts. W. D.

Lymphangiome tubéreux multiple (A case of Lymphangioma tuberosum multiplex), par Radcliffe Crocker. *Clinical Society's Transactions*, t. XXXII, 24 mars 1899.

Il s'agit d'une observation de ce que Darier et Jacquet ont appelé des hydradénomes éruptifs ; C. adopte le nom donné par Kaposi, parce qu'il est le plus ancien; mais il n'a fait aucuue recherche anatomique.

La malade, âgée de 30 ans, a remarqué les lésions à 18 ans ; c'étaient alors de petites papules sans changement de couleur de la peau.

Actuellement les plus grosses papules atteignent un tiers de pouce, elles sont arrondies ou ovales, elles sont jaunâtres ou brunâtres ou diffèrent à peine de la couleur normale ; la surface est lisse, le contour paraît à la loupe finement crénelé; sur quelques-unes des lésions, on remarque quelques grains de milium ou un comédon. A la palpation on sent nettement une néoplasie superficielle, assez résistante. Il n'y a aucune douleur ni trouble de la sensibilité. L'éruption occupe la partie antérieure des épaules et supérieure de la poitrine jusqu'à la 3e côte ; elle est surtout abondante sous les clavicules : il n'existe aucune lésion sur la face ou les membres. W. D.

Myomes superficiels (Superficial myomata), par Leslie Roberts. *British Journal of Dermatology*, avril 1900, p. 115.

R. passe en revue les cas de myome cutané publiés depuis le mémoire de Crocker de 1897 et rapporte une nouvelle observation.

C'est en 1894 qu'il a observé la malade pour la première fois, elle avait 18 ans et présentait au-devant de l'oreille droite, un groupe de petites tumeurs pâles ou roses du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois; quatre ans après, elles avaient augmenté notablement de nombre.

Les petites tumeurs étaient le siège d'élancements douloureux par les temps humides et froids. Dans toute la région occupée par ces petites tumeurs, les poils follets étaient plus nombreux et plus volumineux.

Deux tumeurs furent excisées et les autres traitées par l'électrolyse. Ces dernières ont fort bien guéri, mais cela n'a pas empêché l'apparition de nouvelles tumeurs au voisinage.

La tumeur est formée de faisceaux de fibres musculaires entremêlés de tissu conjonctif et élastique. Aucune particularité n'indiquait le point de départ de la néoplasie ; cependant en raison de l'hypertrophie pilaire du voisinage, on peut l'attribuer aux muscles érecteurs des poils. W. D.

Parasites animaux.

Chique (On Jigger), par R.-M. Kalapesi. *Transactions of the Grant College medical Society*, 1899, p. 45.

La communication de K. ne contient aucun fait bien nouveau, mais elle est importante en ce qu'elle montre que la chique, quoique d'importation récente, est déjà très commune à Bombay où elle a été importée de la côte orientale d'Afrique. W. D.

Récidivantes (Éruptions).

Étude clinique de quelques éruptions à récidives estivales et hivernales A clinical study of some winter and summer recurring eruptions), par R. Crocker. *British Journal of Dermatology*, février 1900, p. 39.

I.— Dans un premier groupe de faits qu'il appelle acrodermatite pustuleuse hivernale, C. rapporte trois observations qui paraissent se rapporter à des tuberculides, avec cette particularité que les lésions sont limitées à la face dorsale des doigts et qu'elles récidivent tous les hivers, guérissant en été. Dans un des cas la malade était nettement scrofulo-tuberculeuse.

Un garçon de 12 ans est atteint, tous les hivers, d'une éruption occupant les poignets et les mains et formée de groupes de pustules siégeant snr une base rouge et indurée.

Une jeune fille de 19 ans, de famille goutteuse, dyspeptique, présente depuis longtemps, chaque hiver, une éruption formée de taches rouges lenticulaires qui confluent en plaques et s'accompagnent d'un prurit très vif. L'éruption occupe les joues, le menton, le pourtour de la bouche. L'éruption disparut très vite par l'usage du salicylate de soude et la teinture de noix vomique.

Un homme de 23 ans avait depuis trois ans une éruption de papulo-pustules sur les ailes du nez et les joues, récidivant tous les ans sous l'influence du froid. Guérison par l'ichtyol.

Une femme de 36 ans a, depuis douze ans, une éruption de la face qui s'aggrave tous les hivers sous l'influence du froid et quelquefois aussi par la chaleur de l'été. Les lésions occupent les joues, le menton et le nez ; la peau est rouge, rugueuse, semée de très fines papules.

II. — Les éruptions récidivant sous l'influence de la chaleur de la lumière solaire sont plus fréquentes.

C. rapporte 14 observations pour la plupart très sommaires d'éruptions généralement papuleuses ou vésiculeuses occupant la face et le dos des mains, chez des enfants ou des adultes jeunes. Ces éruptions apparaissent ou s'aggravent au printemps et en été. Certains malades ne sont jamais complètement indemnes ; quelquefois même le froid est une cause d'aggravation aussi bien que la chaleur. W. D.

Rénales (Éruptions).

Cas de néphrite interstitielle chronique avec dermatite exfoliatrice, urémie, mort (A case of chronic interstitial nephritis in which dermatitis exfoliativa supervened ; uræmia, death), par Dyce Duckworth. *British Journal of Dermatology,* janvier 1900, p. 12.

Une femme de 59 ans, petite, maigre et chétive, a eu une attaque de rhumatisme il y a six ans. Il y a trois mois, elle a eu une éruption érythémateuse suivie de desquamation persistante. Albuminurie légère, souffle systolique à l'orifice pulmonaire. Au bout de quelques jours, l'urine devient rare et la malade meurt d'urémie ; on trouve à l'autopsie un rein contracté et un cœur gras. W. D.

Séborrhée.

La séborrhée et ses conséquences (On Seborrhæa and its results), par William Anderson. *British Journal of Dermatology,* août 1900, p. 276.

La séborrhée huileuse est une anomalie physiologique, compatible avec une parfaite santé, mais elle favorise les infections de la peau en permettant aux germes de l'air de se fixer à la surface et en leur fournissant un milieu de culture.

La calvitie du vertex n'est ni séborrhéique ni parasitaire, et l'hypertrophie des glandes sébacées qu'on y observe quelquefois est la conséquence et non la cause de l'atrophie des cheveux.

La pelade, bien que probablement d'origine parasitaire et associée à l'hypertrophie glandulaire, est tout à fait indépendante de la calvitie du vertex et de la séborrhée huileuse.

La séborrhée sèche est une maladie non inflammatoire, généralement sinon toujours associée à la séborrhée huileuse ; elle est parasitaire et contagieuse ; elle s'accompagne presque toujours de quelques troubles dans la santé générale, surtout dans la sphère digestive ; sa terminaison est la calvitie temporo-frontale qui est tout à fait distincte de la calvitie du vertex, bien que les deux puissent être associées.

La séborrhée favorise le développement des parasites dans certaines maladies telles que l'acné vulgaire, l'acné rosée, la dermatite séborrhéique et probablement aussi le lupus érythémateux et le pityriasis rubra ; elle peut, dans certains cas, modifier l'aspect clinique de quelques maladies

tout à fait indépendantes telles que l'eczéma, le lupus vulgaire, les syphilides, le psoriasis.

Dans la discussion qui a suivi, S. Mackenzie défend la doctrine parasitaire de la pelade et ne croit pas que la séborrhée sèche soit liée à aucun trouble constitutionnel. Ceux qui sont mis en avant par A. sont si banaux qu'il n'y a rien de surprenant à ce qu'on les voie coïncider avec une affection aussi banale elle-même que la séborrhée sèche.

Crocker a vu des alopécies particulièrement tenaces coïncider avec la séborrhée huileuse, mais il est bien possible que celle-ci agisse en favorisant la culture de quelque parasite. W. D.

Thérapeutique dermatologique.

Recherches histologiques sur l'action de la chrysarobine (Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins), par Menahem Hodara. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, t. XXX, 1900, p. 53 et 262.

H. a étudié histologiquement l'action de la chrysarobine sur la peau de l'oreille d'un lapin. Sur l'épiderme on constate l'exfoliation des lamelles cornées supérieures et moyennes; les parties sous-jacentes, ainsi que les glandes et follicules, sont nécrosées. Au-dessous de cette nécrose épithéliale, il y a une hypertrophie considérable et une prolifération des cellules épineuses basales avec production de mitoses, ce qui détermine la formation d'un épiderme nouveau beaucoup plus étendu avec annexes également augmentées de volume. Chacune des cellules épineuses jeunes est deux fois plus grande et les séries de cellules dans l'épiderme sont deux ou trois fois plus nombreuses. Au bout de cinq jours la néoformation de l'épiderme avec glandes et follicules n'est pas encore tout à fait terminée; cinq jours plus tard, cependant, l'ancien épiderme nécrosé est entièrement tombé et l'épiderme jeune est à ce point renouvelé que les follicules contiennent déjà des poils récents.

Sur la peau normale la chrysarobine en faible proportion détermine une homogénisation et une nécrose granuleuse d'une partie de la couche épineuse, ainsi qu'une forte augmentation de pigment dans les couches basales cornées et dans tout le tissu nécrosé qui se détache sous forme de squames minces, brunes.

En plus forte proportion, elle provoque de l'œdème avec une vive inflammation du derme et un œdème intra et inter-cellulaire des cellules épineuses de l'épiderme avec production de vésicules séro-leucocytaires. Les séries œdématiées de cellules épineuses et les vésicules se dessèchent et se détachent sous forme de squames ou de croûtes, elles contiennent beaucoup de pigment jaune.

Au-dessous de cette couche nécrosée de cellules épineuses il existe une hypertrophie considérable et une prolifération mitosique des cellules épineuses jeunes de l'épiderme et des cellules des gaines folliculaires.

Il se développe de nouvelles couches granuleuse et épineuse beaucoup plus épaisses, qui sont recouvertes d'une couche cornée jaune clair avec peu de pigment.

En outre, les parties sous-jacentes sont colorées par la chrysarobine, tantôt faiblement, tantôt en rouge lie de vin, suivant qu'elle a agi plus ou moins longtemps. Les parties supérieure et inférieure de la couche

cornée, la gaine cornée interne qui revêt le poil jusqu'au conduit excréteur, enfin les bords des vacuoles de quelques cellules dans les canaux excréteurs des glandes sébacées.

Comme à la surface de l'épiderme, l'action prolongée de la chrysarobine produit aussi l'homogénisation et la nécrose des séries de cellules de quelques follicules au voisinage de la gaine cornée interne qui entoure le poil, il en résulte que chaque série de ces cellules est transformée en une couche homogène, en desquamation, à l'intérieur de laquelle s'accumule une grande quantité de pigment. Les cellules de la gaine externe sont hypertrophiées et en prolifération mitosique. L'hyperchromie qu'on observe cliniquement après l'action de la chrysarobine sur la peau saine est une conséquence de la coloration de ces parties et de l'accumulation de pigment dans la couche cornée basale et dans les couches de cellules nécrosées sous-jacentes, plus ou moins épaissies. A. Doyon.

Mode d'action du naphtalan (Das Wesen der Naftalanwirkung), par P. G. Unna. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1900, t. XXX, p. 321.

Le naphtalan a une action sédative. Par conséquent, son influence salutaire se traduit tout particulièrement sur les parties de la peau très irritées dans les eczémas traités jusque-là énergiquement et sans succès, dans les dermatides artificielles de toute espèce, mais surtout dans les eczémas et les psoriasis généralisés qui dégénèrent en dermatite exfoliative et menacent de devenir malins.

L'examen du naphtalan a montré que, outre un carbure d'hydrogène semblable à la vaseline et une matière colorante noire pyroligneuse, il contenait une proportion assez notable de savon.

U. fait préparer une pommade avec de la vaseline, 1 p. 100 de stéarate de sodium et 1 à 2 p. 100 de pyraloxine ; ce dernier est un produit très oxydé de la série aromatique ; il a des propriétés sédatives et ressemble à la matière colorante noire du naphtalan. U. a employé ce pseudo-naphtalan depuis deux ans, dans sa clinique, dans les mêmes cas que le naphtalan. Avec une faible dose de pyraloxine (0,5 à 1 p. 100) l'action était tout à fait semblable, sédative; avec une addition plus forte de pyraloxine elle devient plus énergiquement anti-eczémateuse et, par conséquent — sans irriter la peau saine — plus efficace que le naphtalan.

Ce pseudo-naphtalan est analogue, non tout à fait semblable au naphtalan. En dissolvant la vaseline et filtrant, on peut enlever la pyraloxine à ce mélange, tandis qu'on ne peut enlever par filtration la matière colorante brune du naphtalan. Mais en surchauffant pendant longtemps la vaseline il se forme une matière colorante tout à fait analogue à celle du naphtalan. En réalité ce produit, si on l'a solidifié par du stéarate de sodium, ressemble absolument au naphtalan tant au point de vue des propriétés physiques que de son action. U. a fait préparer ainsi un succédané du naphtalan sous le nom de vaselinum adustum saponatum. Il est beaucoup trop faible pour guérir les eczémas secs et rebelles et les psoriasis, pour tuer les cocci dans les orifices des glandes sébacées et pour dessécher rapidement les eczémas humides ; mais dans les cas où un eczéma a été aggravé par une série de médicaments, dans ceux où une impressionnabilité exagérée de la peau contre-indique des remèdes actifs, dans le pityriasis rubra et la dermite exfoliatrice, on peut penser au naphta-

lan ou au vaselinum adustum saponatum. Si on désire une action plus énergique, alors qu'on n'a pas à craindre une nouvelle inflammation, on peut ajouter de 1 à 5 p. 100 de pyraloxine. A. DOYON.

Tuberculose.

Tuberculose verruqueuse de la peau (Riehl et Paltauf) chez les ouvriers qui travaillent dans les mines de houille (Ueber das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl und Paltauf), bei Arbeitern in Kohlenbergwerken), par FABRY. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LI, p. 68.

F. a pendant plus de dix ans observé un nombre relativement considérable de cas de tuberculose verruqueuse de la peau, principalement chez les mineurs, et il est convaincu qu'il s'agit d'une forme distincte de la tuberculose de la peau.

Dans l'espace de deux ans, du 1er avril 1897 au 1er avril 1899, il a traité 13 mineurs atteints de cette affection.

F. a excisé et examiné au microscope les taches primaires érythémateuses, et à la toute première période cet examen a confirmé le diagnostic clinique de tuberculose verruqueuse du derme. Il y avait déjà des tubercules typiques avec des cellules géantes, non seulement dans les couches supérieures du derme, mais aussi au niveau des glandes sudoripares. Toutes les couches épithéliales étaient très hypertrophiées, les prolongements épithéliaux considérablement allongés dans le derme, comme dans l'épithéliome.

Selon F., la tuberculose verruqueuse de la peau est une véritable lésion qui se produit par l'intermédiaire des nombreux traumatismes superficiels que les malades subissent pendant leur travail. D'autre part, dans les observations consignées dans ce travail, la plupart des malades étaient tuberculeux, quelques-uns même atteints de tuberculose pulmonaire; il s'agit le plus habituellement d'auto-infections.

Le meilleur traitement consiste à enlever complètement avec le bistouri, si c'est encore possible, toute la portion de peau atteinte et à faire une suture. Alors même que cette opération n'est plus pratiquable en raison de l'extension du processus, le pronostic est toujours plus favorable que celui des maladies lupiques. On peut encore enlever la lésion au bistouri sans suture ou racler et cautériser.

On obtient aussi de bons résultats avec des compresses de sublimé et l'application à plusieurs reprises pendant trois jours de pommade au pyrogallol de 10 à 20 p. 100; toutefois ce mode de traitement est très long. A. DOYON.

Urinaire (Insuffisance de l'exécrétion — et dermatoses).

Imperfection ou insuffisance de l'exécrétion urinaire en rapport avec les maladies de la peau (Imperfect or deficient urinary excretion as observed in connection with certain diseases of the skin), par D. BULKLEY. *Transactions of the American dermatological association* 1899, p. 99.

Depuis vingt-cinq ans l'auteur s'est préoccupé des altérations de l'urine dans les dermatoses, et depuis quatre ans il s'est attaché à faire des ana-

lyses complètes et régulières. Il a fait 2,000 analyses d'urine portant sur 569 malades atteints des dermatoses les plus diverses.

Cette longue et patiente recherche n'a pas donné de résultats très clairs, mais on peut cependant reconnaître ainsi des troubles légers de la nutrition qui ne se manifestent par aucun autre signe bien apparent. Beaucoup d'individus qui paraissent avoir des urines normales ont cependant une élimination de substances solides inférieure à la moyenne.

L'eczéma fournit le chiffre le plus élevé, 924 analyses chez 316 malades avec toutes les variations possibles de tous les différents éléments. L'examen microscopique montrait presque constamment des précipités de sels minéraux, notamment de phosphates, alors même que l'analyse révélait un chiffre de phosphates inférieur à la normale. D'une façon générale le taux des sels minéraux était faible.

Dans l'acné, les chlorures et phosphates urinaires étaient peu abondants.

Dans le prurigo, l'urine était généralement très acide, le taux de l'urine élevé, les dépôts phosphatiques presque constants.

Dans le psoriasis, sur 26 malades, l'urine était plus dense que normalement, avec une augmentation de l'acidité et de l'urée et avec des dépôts d'oxalate de chaux. W. D.

Urticaire pigmentée.

Urticaire pigmentée à la suite de varicelle (Case of urticaria pigmentosa following chicken-pox), par A. Woldert. *Journal of the american medical Association*, 21 octobre 1899, p. 1022.

Un enfant male, né à 8 mois, nourri au sein par sa mère et parfaitement bien portant, prend la varicelle à 3 mois. Trois semaines après le début de la varicelle et une semaine après sa disparition, la mère remarque quelques macules rouges sur la poitrine. En quelques semaines, ces macules, larges de un demi-pouce, se multiplient et se répandent sur tout le tronc et les membres, respectant seulement la tête. Ces macules étaient, au dire de la mère, parfaitement planes. Au bout de quelques jours, les premières macules rouges, puis toutes les autres successivement, se transforment en taches brunes qui persistent encore lorsque l'enfant atteint l'âge de 11 mois. W. D.

Vaccine.

Vaccination accidentelle des mains (Accidental vaccination on the hands), par A. Hall. *British Journal of dermatology*, février 1900, p. 55.

Une jeune servante de 15 ans, non vaccinée, atteinte de gerçures des mains dues au froid, eut à soigner du 14 et 15 décembre un enfant récemment vacciné et portant des boutons très volumineux. Vers le 21 décembre l'auteur constata sur la face dorsale des mains et des poignets une douzaine de grosses pustules de vaccine. W. D.

Étude sur l'étiologie et la pathogénie de la vaccine dite généralisée (Studie ueber die Aetiologie und Pathogenese der sogenannten generalisirten Vaccine bei Individuen mit vorher gesunder oder kranker Haut), par G. Paul. *Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, 1900, t. LII, p. 3.

Sous la dénomination de vaccine généralisée, la plupart des auteurs

ont rangé tous les exanthèmes qui surviennent pendant la durée du processus de développement et de régression des pustules vaccinales, sans tenir compte s'ils occupent une partie plus ou moins considérable du tégument externe et si les porteurs avaient auparavant la peau saine ou malade.

D'autres auteurs n'appliquaient cette expression qu'aux exanthèmes pustuleux généralisés, survenant après la vaccination, dont les exanthèmes présentent tous les éléments caractéristiques de la pustule vaccinale vraie, avec contenu inoculable, sans tenir compte de l'état normal ou pathologique de la peau avant la vaccination.

Quelques auteurs enfin nient l'existence d'une vaccine généralisée vraie, rangent les éruptions érythémateuses, papuleuses, urticariennes ou pemphigoïdes qui surviennent souvent après la vaccination, dans la même série que les exanthèmes médicamenteux.

D'après P., il faut réserver exclusivement le nom de vaccine généralisée aux cas qui, scientifiquement, ne sont pas encore à l'abri d'objections, d'exanthèmes généralisés apparaissant après la vaccination dont le caractère vaccinal a été constaté expérimentalement d'une manière certaine par l'inoculation à l'homme ou à un animal sensible à la vaccination. Par contre, il y a lieu d'éliminer les éruptions symptomatiques analogues aux exanthèmes médicamenteux et les cas qui se greffent sur d'autres dermatoses, spécialement sur l'eczéma, et que P. regarde comme résultant d'une contagion accidentelle externe de la vaccine.

Ce dernier groupe constitue la plus grande partie des cas de vaccine dite généralisée.

Cette manière de voir se base sur ce que ces éruptions bulleuses ont une marche successive et progressive qui s'arrête avec le début de l'immunité ; sur ce fait certain que dans l'eczéma généralisé une seulement des parties eczémateuses de la peau est atteinte par l'éruption ; sur la possibilité presque certaine d'empêcher l'apparition de cette complication par des mesures appropriées, et enfin sur ce fait que, même si on ne prend pas ces mesures, les mêmes accidents ne surviennent pas après la vaccination chez tous les sujets eczémateux.

De ces citations il ressort que, pour la vaccine qui se développe sur l'eczéma, qui se conduit comme une affection locale, on devrait abandonner la dénomination de vaccine généralisée, car elle n'est pas justifiée.

On devrait plutôt parler d'une vaccine que se développe par contagion accidentelle sur l'eczéma, le prurigo, l'impétigo, etc., sous une forme diffuse ou discrète et non d'une vaccine généralisée chez des sujets eczémateux, prurigineux, etc., car cette dernière dénomination peut occasionner des erreurs sur la genèse de ces complications vaccinales.

De ce qui précède, il résulte dans la pratique qu'il ne faut pas vacciner des enfants atteints d'eczéma, surtout quand cette affection occupe de grandes surfaces de la peau, jusqu'à ce que l'eczéma soit complètement guéri.

Dans des cas exceptionnels où les sujets en question sont exposés à l'infection variolique, la vaccination n'est permise qu'avec l'emploi d'un bandage occlusif.

L'influence favorable que, d'après les médecins allemands et français, et principalement les médecins anglais, la vaccine exercerait sur des eczémas chroniques ne peut, en raison du caractère souvent très dangereux de l'infection vaccinale artificielle de l'eczéma, justifier la vaccination des enfants eczémateux. Le danger est grand et l'utilité très problématique, car, même dans les cas à évolution favorable, il peut survenir souvent des cicatrices fâcheuses au point de vue esthétique.

A. Doyon.

NOUVELLES

Laboratoire dermatologique du Dr Unna. Hamburg.

Le premier janvier 1901, le laboratoire de dermatologie, jusqu'à présent rattaché à la clinique d'Unna, en sera séparé et en même temps notablement agrandi de manière à pouvoir donner un enseignement plus complet. MM. les Drs Abel, Cohn, Delbanco, Herz, Leistikow, Smilowski, Troplowitz et Unna feront des cours réguliers de démonstrations sur les sujets suivants :

Anatomie normale, physiologie, histotechnique, pathologie générale, histopathologie, mycopathologie, pathologie expérimentale, microphotographie, hygiène de la peau, clinique et diagnostic, thérapeutique générale, thérapeutique spéciale, pharmacologie, pharmacotechnique, macrophotographie, historique des maladies de la peau.

Les cours seront de six semaines, deux fois par an : du commencement de février au milieu de mars, de fin septembre au milieu de novembre.

En outre, toute l'année on donnera des places au laboratoire aux personnes qui voudront s'occuper de travaux dermatologiques.

Le laboratoire chimique est sous la direction du Dr Troplowitz.

Les personnes qui suivront les cours ou qui travailleront dans le laboratoire auront leur entrée libre à la policlinique et à la bibliothèque du Dr Unna.

M. Le Dr Bayet est chargé du service de dermatologie à l'hôpital St-Pierre à Bruxelles. Ce service est rattaché à la Clinique dermatologique de l'Université de Bruxelles.

Le Gérant : Pierre Auger.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS DE LA PEAU, DU SANG ET DES URINES DANS UN CAS DE PEMPHIGUS CHRONIQUE VRAI (1).

Par le Dr **Ch. Audry**, professeur de clinique de dermatologie et de syphiligraphie ;
le Dr **Gérard**, professeur agrégé de chimie à l'Université de Toulouse ;
L. Dalous, interne des hôpitaux de Toulouse.

On sait que la détermination des dermatoses bulleuses a longtemps été fort négligée. Le groupe des pemphigus a été si complètement démembré que le type constituant le véritable pemphigus est en somme de beaucoup le plus rare parmi les maladies à bulles. L'observation qui suit répond, cliniquement, de la manière la plus exacte, la plus frappante aux descriptions partout données du pemphigus chronique vrai, pur. Nous l'avons étudiée aussi bien qu'il nous a été possible, de manière à ce qu'elle puisse être de quelque utilité aux observateurs qui auront ultérieurement l'occasion d'en rencontrer d'autres et de compléter des notions encore rudimentaires. Sur un seul point, nos connaissances actuelles paraissent avoir atteint un certain degré positif : l'histologie des lésions cutanées. C'est celui sur lequel nous nous étendrons le plus longuement. Nous nous contenterons d'énoncer les résultats obtenus dans les autres recherches (sang, urine, etc.).

Jeanne L..., 48 ans, ménagère, est entrée à la clinique, salle Sainte-Cécile, le 9 août 1900.

(1) *Ouvrages consultés* : J. Renaut. Art. *Dermatose. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* — Auspitz. *Pathologie et thérapeutique générales des maladies de la peau* (trad. Doyon), p. 119. — Kaposi. 2e édition française, par E. Besnier et Doyon. — Unna. *Histopathologie der Hautkrankheiten.* — Hallopeau et Leredde. *Traité pratique de Dermatologie.* — Précis de W. Dubreuilh, etc. — Kromeyer. *Dermatologische Zeitschrift*, 1894. — Du Mesnil de Rochemont. *Archiv f. Dermatol. u. Syph.*, 1895, t. 30, p. 163. — Luithlen. *Idem*, 1897, t. 40, p. 37. — Kreibich. *Idem*, 1899, t. 50, p. 209. — Weidenfeldt. *Idem*, 1900, t. 53, p. 1. — Jarisch. *Idem*, 1898, t. 43, p. 341. — Elliott. Épidermatose bulleuse héréditaire : résumé in *Monats. für pr. Der.*, 1900, t. 31, p. 351. — Colombini (même sujet). *Morgagni*, 1900, p. 10.

Nous n'avons pas pu consulter : Tommasoli et Sanguirico. Sul un caso di pemphigo chronico, *Bolletino della Societa fra Cultori delle scienze mediche di Siena*, 1886, et nous n'en avons trouvé l'analyse nulle part ; M. Leloir, que Jarisch cite dans le travail indiqué plus haut. — Mazza a étudié le pemphigus végétant.

Père mort d'une affection pulmonaire indéterminée, âgé de 68 ans ; mère morte d'hémorrhagie cérébrale à 66 ans. Un frère mort à 35 ans, tuberculeux ; une sœur bien portante.

Aucun antécédent personnel. Réglée à 12 ans, très régulièrement jusqu'à ces derniers temps. Mariée à 35 ans ; pas de grossesse.

La malade, qui travaille la terre, raconte qu'au mois de juillet 1895 elle avait eu un coup de soleil sur l'avant-bras droit ; elle éprouva de vives démangeaisons, se gratta et, au bout de vingt-cinq jours, elle vit survenir sur la face dorsale de la région des bulles transparentes, grosses comme une cerise. Ces bulles furent crevées et disparurent. Pendant trois mois la malade vit de loin en loin, toujours au même point, quelques bulles semblables, assez discrètes et assez rares pour qu'elle se crût guérie. Mais à la fin d'octobre, ayant fait sa lessive, elle transpire abondamment pendant la nuit, et au matin, à son réveil, elle vit que son bras droit était couvert de bulles ; elle en constata quelques-unes sur l'avant-bras gauche. Dès ce moment, les bulles ont commencé à se généraliser progressivement, en respectant d'ailleurs constamment les muqueuses ; elles ont gagné la poitrine, puis les épaules ; elles se sont ensuite étendues aux membres inférieurs jusqu'aux pieds. Jusqu'à ces derniers temps, la tête n'avait rien eu. Les ongles n'ont offert aucune altération.

La dimension des bulles variait de celle d'une tête d'épingle à celle d'un œuf de poule ; leur contenu était absolument transparent au début ; les unes naissaient et restaient petites ; d'autres naissaient petites et grossissaient ultérieurement ; d'autres étaient fort larges d'emblée, et en quelques heures atteignaient le volume d'un œuf de poule.

La bulle survenait d'emblée sur la peau absolument saine et blanche, sans être précédée d'aucune douleur, d'aucun prurit. Parfois, quand la bulle était vidée, la malade éprouvait quelques démangeaisons parfois violentes, mais courtes, perçues surtout pendant la nuit, mais n'ayant jamais été bien pénibles.

Aucune douleur dans les membres ou ailleurs.

Aucun symptôme ne trahissait une altération générale. L'appétit n'était pas diminué ; sommeil respecté ; forces normales ; mais les règles ont disparu en décembre 1899. Poids, 33 kil. 700.

A son entrée, la malade est une petite femme maigre (35 kil.), impressionnable, sinon positivement nerveuse. Elle est alors couverte de bulles de toutes dimensions et disséminées sur tout le corps, sauf la tête. Dans un grand nombre de points, le dos principalement, il subsistait des taches rouges correspondant à d'anciennes bulles.

Ces dernières évoluaient, comme nous l'avons dit, sans prurit ni rougeur préalable ; les plus volumineuses occupaient le thorax, la paume des mains, la plante des pieds. Le contenu, limpide au début, se troublait au bout de deux ou trois jours. Des bulles, les unes se crevaient ; dans les autres le liquide se résorbait, et le couvercle de la bulle se recollait ou restait racorni sur place. Jamais il n'y eut d'ulcérations vraies.

Au coup d'ongle, le tégument sain laissait assez facilement détacher de petits lambeaux d'épiderme ; mais la friction appuyée n'y réussissait pas ; enfin, le traumatisme ne provoquait pas l'apparition des lésions.

Il en était ainsi au 1er octobre. L'état général était bon. Un traitement arsenical énergique (jusqu'à 45 gouttes quotidiennes de *liqueur de Fowler*) et l'enveloppement paraissaient avoir amené une amélioration sensible dans le nombre et les dimensions des éléments ; cependant leur production restait incessante. Après vingt-quatre heures, elles avaient atteint leur volume maximum ; tantôt une seule bulle se dilatait ; tantôt une série de petits soulèvements voisins se fondaient en un seul. Lorsque le liquide se troublait, après trente-six à quarante-huit heures, une auréole rouge entourait la bulle.

A ce moment, la totalité du tégument, sauf la face, paraissait avoir été malade ; mais il existait un grand nombre de petites zones de réserve ou de guérison complète. La peau des jambes en totalité était un peu rouge, surtout fortement épaissie, squameuse. Pas d'œdème. Dans les deux plis inguinaux et le creux axillaire droit, ganglions indolents, mobiles, assez volumineux.

Il n'y avait aucune trace d'altération viscérale quelconque. Foie et rate normaux. La sensibilité était partout normale ; tout au plus pouvait-on trouver les réflexes patellaires un peu exagérés. Rien au cœur, ni aux poumons ; un bruit de souffle extra-cardiaque typique. On trouvera plus loin le résultat de l'examen du sang et des urines à ce moment et plus tard. Dans le sein droit, un petit adéno-fibrome. Le 10 octobre, elle eut une bulle sur le nez, la première. On note alors l'existence, sur la peau de la joue, de petits grains blancs, secs, très superficiels, gros comme une très petite tête d'épingle, et qui au microscope apparurent formés de cellules épidermiques collées, agglomérées entre elles. Un petit nombre de grains semblables furent trouvés sur la peau d'un bras.

Le mari de la malade étant mort, celle-ci dut quitter la clinique ; elle y rentra le 25 octobre. L'état de la peau était satisfaisant ; mais la malade, pendant son absence, avait, pour la première fois, beaucoup souffert de violentes démangeaisons.

Deux jours après, elle présenta une poussée d'une violence extrême ; bulles nombreuses et énormes. De ces bulles les unes se vident complètement, si on les crève ; d'autres paraissent cloisonnées. Les démangeaisons sont continues et violentes. Certaines bulles sont douloureuses.

L'état général se conserve passable ; cependant l'appétit est mauvais. La malade prend chaque jour deux œufs, un peu de pain, une petite quantité de poudre de viande, un peu moins d'un litre de lait. L'examen des viscères ne révèle aucune anomalie. On trouve dans les urines des traces d'albumine. Les muqueuses sont toujours respectées ; il y a sur la face une ou deux bulles petites et éphémères.

La malade, qui prend de la liqueur de Fowler depuis trois jours, est mise au cacodylate de soude en injections.

2 novembre. Prurit très violent pendant la nuit ; 2 gr. d'antipyrine. Le lendemain, le prurit a manqué complètement; mais il a ensuite récidivé, puis disparu et reparu d'une manière irrégulière à plusieurs reprises ; la malade a présenté, le soir, des températures de 38°,5 ; 39°,3 etc., tandis qu'elle était normale le matin.

Le 4. Le cacodylate a été porté à 10 centigr. en injections. Il y a à ce

moment, sur le tronc et le haut des cuisses, une forte poussée bulleuse.

Le 5. Légère hyperthermie vespérale (38°,5) constante. Amélioration relative de l'état cutané et général. Poids, 35 kil.

L'examen des viscères, répété à diverses reprises, n'a fait que confirmer les données reproduites plus haut. En particulier, on ne trouve rien d'anormal à la percussion et à la palpation du foie.

Le 12. État stationnaire. Toujours 0,10 de cacodylate. Amélioration de l'appétit. Crises de prurit très irrégulières.

Bulles un peu moins nombreuses. Continuation de la fièvre vespérale.

Le 20. La fièvre a cessé ; quelques petites bulles disséminées sur les joues, le front, le nez. Actuellement, la malade est améliorée. Quelques bains ont eu une action qui paraît salutaire. Ils sont, du reste, très agréables à la malade.

2 janvier 1901. État général bon ; appétit satisfaisant. Les bulles se sont produites constamment, mais généralement moins nombreuses, plus petites ; elles se réparent sans suppuration, sans laisser de macules ni de cicatrices ; de temps en temps, on voit encore quelques bulles volumineuses. La température est tout à fait normale. La malade a été mise à la strychnine pendant la première moitié de décembre. On est revenu au cacodylate en injections. Ces deux médicaments ont assurément une action favorable.

Le prurit se produit toujours très irrégulièrement ; quand il existe, il est nocturne et ne dure qu'une heure ou deux.

Les muqueuses et les phanères restent saines.

On nous dispensera du diagnostic différentiel de la maladie en question. L'absence de phénomènes douloureux et de l'herpétiformité, la contingence du prurit, la marche, etc., suffisent pour écarter l'hypothèse d'une dermatite de Duhring-Brocq. Ce n'est ni un pemphigus foliacé, ni un pemphigus végétant, ni un pemphigus hystérique, ni un pemphigus médicamenteux, ni un pemphigus aigu ; c'est très bien un type de pemphigus chronique vrai, pur, où l'on ne relève qu'une légère anomalie : l'absence de lésions sur les muqueuses. On sait que les petits grains épidermiques n'ont rien de spécifique ; en un mot, il paraît superflu d'insister.

Examen histologique (avec la collaboration de M. Dalous). — Il a porté sur deux bulles excisées, l'une le 5 octobre, l'autre le 20 du même mois. Toutes deux dataient de la nuit, ou de la veille et étaient encore transparentes. Elles furent fixées par le Flemming, incluses dans la paraffine (après l'acétone) et coupées en séries. On les a colorées par la safranine et le tannin orange de Unna-Grubler. En raison de la fixation par le Flemming, nous n'avons pas fait d'observations relatives au tissu élastique ou aux mastzellens.

Les résultats étaient complètement différents suivant qu'il s'agissait de l'une ou l'autre bulle.

Bulle n° 1. — C'est un type accompli de phlyctène superficielle.

Elle est aplatie, située exactement au-dessous de la couche cornée, au-dessus du stratum granuleux, ou plutôt des cellules qui y correspondent.

Elle présente une seule cavité, sans aucune cloison, sauf à l'extrémité, où elle est partagée en son milieu par un pont épithélial qui disparaît à la quinzième ou seizième coupe.

Elle est remplie incomplètement par un coagulum amorphe, à peine granuleux, où se trouvent clairsemées un très petit nombre de cellules migratrices qui paraissent être, en général, des polynucléaires. Ces cellules sont un peu plus nombreuses au-dessous du toit de la bulle.

Ce toit est formé par des strates où l'on aperçoit encore des cellules mal individualisées, mais encore reconnaissables par leur noyau; elles sont tantôt aplaties, feuilletées, tantôt informes.

Le plancher de la bulle, comme son toit et même les sinus des deux extrémités, est lisse; il est constitué par des cellules dont le caractère varie suivant qu'on examine le centre ou les bords de la cavité. Au centre, elles sont très aplaties, effilées, tassées; aux extrémités, elles sont, au contraire, polygonales, très claires, avec un noyau petit, compact ou grêle, de telle sorte que l'ensemble offre un aspect comparable à une maille de sureau qui serait nucléée.

Il n'y a point d'éléidine apparente, ni rien qui y ressemble (1).

Au-dessous de ces cellules apparaissent progressivement des éléments malpighiens typiques, absolument normaux dans leur texture et dans leurs rapports. Cette intégrité de la couche filamenteuse (malpighienne) est tout à fait remarquable. Au-dessous, la couche cylindrique, génératrice, est également normale, avec mitoses régulières, un peu plus nombreuses qu'à l'ordinaire.

Les *leucocytes* en diapédèse sont très rares partout, de telle sorte qu'on se demande comment s'est constituée la collection sous-cornée; il a fallu que la filtration s'opère entre les cellules sans les dissocier aucunement, et la persistance de leurs filaments d'union, la densité, la conservation du ciment expliquent très bien la rareté des cellules lymphatiques dans le lac de la bulle.

La forme et la dimension des *papilles* sont peu modifiées.

Dans le *derme papillaire*, on note des altérations exclusivement vasculaires et périvasculaires. Les vaisseaux axiaux sont assurément dilatés, sans qu'on puisse distinguer les sanguins des lymphatiques. Leur lumière est un peu augmentée. Les noyaux endothéliaux sont manifestement globuleux et saillants. Toute la fusée vasculaire est entourée d'une atmosphère réticulée où l'on voit des lymphocytes

(1) Conformément à l'opinion de Ranvier, nous considérons l'éléidine et la kératohyaline comme un même corps.

nombreux. Quelquefois, toute la papille est ainsi envahie ; mais, ailleurs, la diapédèse ne s'observe que dans une aire périvasculaire étroite. Tout le derme sous-papillaire est sain à l'exception des zones immédiatement juxta-vasculaires.

Les sébacées, les poils, les sudoripares ne présentent aucune anomalie appréciable, et les faisceaux conjonctifs paraissent rigoureusement normaux.

La bulle est unique. A son voisinage, l'épithélium présente un état remarquable qui se propage à distance, occupant le même étage souscorné ; c'est l'apparence en moelle de sureau que j'ai signalée tout à l'heure. On la constate sur les coupes bien avant d'arriver à la bulle. Cependant, elle ne s'étend pas à tout le fragment de peau examiné. Il est remarquable que l'éléidine fait complètement et partout défaut. Or, quelquefois, la safranine la met assez bien en évidence même sur des pièces au Flemming.

Bulle n° 2. — Cette bulle a une forme globuleuse beaucoup plus prononcée que la précédente ; elle est presque acuminée.

Elle est en grande partie remplie par une matière granuleuse où l'on découvre des filaments peut-être fibrineux. Ces filaments, ainsi que l'exsudat, semblent naître, on peut dire jaillir du sommet des papilles dénudées qui constituent le plancher de la bulle.

Sur les bords, et principalement sur les premières coupes, on voit que la bulle est cloisonnée encore par des débris de cellules épithéliales étirées, reconnaissables, reliant le plancher et le toit et circonscrivant des cavités secondaires. De ces cavités secondaires, les unes arrivent à communiquer avec le grand lac central, les autres restent complètement closes.

Le pôle inférieur de la bulle, ce qui répond au centre de son plancher, est, comme nous l'avons dit, formé par les papilles complètement dénudées, dépouillées même, semble-t-il, de la basale. Ces papilles sont au nombre de 3 ou 4, peu ou pas allongées, mais légèment tuméfiées. Elles sont le théâtre d'une infiltration diapédétique considérable ; cette infiltration est constituée surtout par des polynucléaires, et ceux-ci tombent en abondance dans la bulle dont ils occupent ainsi principalement le fond en groupes assez denses, comme insérés sur les papilles.

A mesure qu'on s'éloigne du pôle inférieur, on voit encore sur le plancher apparaître d'abord entre les papilles, puis au-dessus d'elles, deux ou trois couches de cellules épithéliales, cellules malpighiennes évidemment, mais petites, déformées, et dont les filaments unitifs sont bien mal apparents.

Les deux parois équatoriales de la bulle sont formées par des cellules du réseau malpighien généralement étirées, allongées, troubles, et dont les filaments ont disparu.

Le toit est représenté par un certain nombre d'assises de cellules aplaties, à noyau petit et opaque qu'on retrouve ainsi jusque dans les strates les plus externes.

Au pourtour, au voisinage de la bulle, on ne découvre pas l'altération que nous avons signalée tout à l'heure au niveau du stratum lucidum, ou, plus exactement, au niveau du stratum intermedium, entre la couche granuleuse et le stratum lucidum. Mais en revanche, on aperçoit une série de petites collections habituellement sphériques, contenues dans l'épaisseur du réseau malpighien. Ces collections sont remplies de liquide granuleux, mais quelques-unes contiennent un grand nombre de polynucléaires et représentent de petits abcès ronds de l'épiderme.

Il est remarquable que nulle part on ne découvre les altérations cellulaires qui correspondent à la vésiculation. Seulement, sur de petits territoires, les cellules malpighiennes perdent leurs filaments, deviennent uniformément claires ; leur noyau s'efface et elles se détruisent de la sorte; ainsi est constituée une perte de substance où l'on voit positivement affluer le liquide exsudé des vaisseaux. Celui-ci passe entre les cellules en détruisant le ciment, et celles-ci, disjointes et isolées, semblent se résorber immédiatement.

Sauf l'intensité notablement plus considérable de l'infiltration leucocytaire dans les papilles dénudées, ou dans celles qui avoisinent les petites collections intra-épithéliales secondaires, le tissu conjonctif du derme est tout à fait comme dans la première pièce. Les annexes, glandes, poils, sont également intacts. On voit que le conduit excréteur d'une sudoripare aboutissait dans la bulle ; mais il n'a provoqué aucun phénomène spécial ; tout au plus fait-il un peu de saillie sur le plancher de la bulle qui, à ce niveau, présente un revêtement épithélial.

En résumé : bulle sphérique insérée par son pôle inférieur sur des papilles complètement et entièrement dénudées, recouverte par une bande cellulaire où aucun caractère morphologique n'est plus reconnaissable, limitée latéralement, au niveau de son équateur, par les cellules malpighiennes ; elle résulte probablement de la fusion de plusieurs petites bulles autochtones qui se sont vidées dans une bulle centrale plus volumineuse.

Sur aucun point des fragments examinés nous n'avons aperçu d'éléidine.

Nous sommes porté à croire que la pénétration, l'insertion papillaire n'est que secondaire ; vraisemblablement, la bulle a débuté, comme les petites du voisinage, au centre du stratum malpighien ; puis le plancher épithélial a été détruit par la résorption des cellules, due à l'infiltration intercellulaire du liquide venu des papilles. Sur cette pièce, le rôle initial prédominant de l'injection par les vaisseaux papillaires est indubitable, et s'inscrit de la manière la plus évidente.

Mais on ne saurait affirmer qu'il y ait un arrachement primitif de l'épithélium.

Examen du sang et du liquide des bulles, par M. Dalous. — Les numérations ont été faites avec l'hématimètre de Hayem-Nachet. Les préparations de sang sec ont été faites suivant la méthode ordinaire en étalant sur lame une goutte de sang, rapidement desséchée par l'agitation, puis fixée soit dans un mélange d'alcool absolu et d'éther pendant dix minutes, soit par la chaleur, une demi-heure à 120°. Pour colorer les préparations nous avons employé la technique suivante :

Coloration avec hématine additionnée d'acide acétique, une minute ;

Lavage à l'eau de source jusqu'à bleuissement.

Coloration dans solution d'éosine à l'eau dans glycérine pendant une heure.

Le premier examen a été fait le 6 octobre 1900 :

Globules rouges................	3,875,000
Globules blancs avant le repas...	13,640
— après le repas...	22,041
Lymphocytes..................	22,5 p. 100
Mononucléaires................	7,9 —
Polynucléaires.................	61,3 —
Éosinophiles..................	7,9 —

Toutes ces cellules, hématies et leucocytes, ne présentaient aucune malformation cytologique.

La malade venait de suivre un traitement arsenical assez intense puisqu'elle était arrivée à prendre 50 gouttes de liquide de Fowler par jour, graduellement.

Le 11 octobre. Numération : Hématies : 3,504,000. Leucocytes : 13,919.

Le 28 octobre 1900, le traitement arsenical était interrompu depuis plusieurs jours (quinze environ), il a été fait un nouvel examen du sang dont voici les résultats :

Hématies.......................	3,317,000
Leucocytes.....................	12,334
Lymphocytes..................	16,3 p. 100
Mononucléaires................	11,5 —
Polynucléaires.................	50,9 —
Éosinophiles..................	24,0 —

Les globules rouges ont leur forme et leurs dimensions habituelles ; pas de poikilocytose.

Les globules blancs présentent quelques particularités. Le protoplasma de certains polynucléaires se colore en rose d'une manière diffuse par l'éosine (pseudo-éosinophiles).

Parmi les éosinophiles on peut voir toutes les formes de transition

entre la cellule mononucléée et la cellule polynucléée. Les éosinophiles polynucléés d'une taille supérieure aux mononucléés de même espèce sont de beaucoup les moins nombreux. Quelques-unes de ces cellules granuleuses semblent présenter une texture assez fragile, car le corps protoplasmique rompu a laissé échapper les granulations rouges. (Le sang avait été étalé avec une baguette de verre très légère et sans aucune pression.)

Pourcentage des diverses variétés de leucocytes d'après Hayem :

Lymphocytes	23	p. 100
Mononucléaires	25	—
Polynucléaires	45	—
Éosinophiles	7	—

Dans le premier examen, l'équilibre leucocytaire est rompu au profit des polynucléaires, et aux dépens des mononucléaires. Il convient de remarquer que pour Hayem le sang nouveau contient environ 6,000 leucocytes par millim. cube ; chez notre malade il y en a 13,640 par millim. cube, c'est-à-dire plus du double.

Dans le deuxième examen, l'équilibre est rompu surtout au profit des éosinophiles, puis des polynucléaires, aux dépens de deux autres variétés. La quantité de leucocytes par millimètre cube est toujours plus du double que la normale.

Le 3 janvier. Examen du sang.

Hématies	4.650.000
Leucocytes	5.636

Il n'y a pas de leucocytose et les globules rouges sont à peu près revenus à la normale. Mais, au pourcentage :

Lymphocytoses	18,9	p. 100
Mononucléaires	11,3	—
Polynucléaires	54	—
Éosinophiles	15,8	—

Il subsiste donc un certain degré d'éosinophilie.

Le liquide des bulles a été examiné à plusieurs reprises. Dans les bulles claires, à côté de quelques hématies, on trouvait des globules blancs. Ces derniers étaient au nombre de 2,125 par millimètre cube. Les préparations sèches de ce liquide des bulles claires n'ont pas été assez démonstratives pour affirmer qu'il y avait des éosinophiles. L'éosine donnait une coloration diffuse très intense du fond de la préparation. Dans les bulles troubles, un grand nombre de leucocytes granuleux et altérés à l'examen, sans coloration ; les préparations sèches n'ont montré que des débris de noyaux, et une coloration diffuse par l'éosine ; le protoplasma était tout rétracté, il était impossible d'y voir des granulations.

Analyse des urines.

DATES	VOLUME DES 24 HEURES EN CENTIMÈTRES CUBES	COULEUR	RÉACTION	DENSITÉ	URÉE		COMPOSÉS XANTHO-URIQUES		CHLORURE DE SODIUM		ANHYDRIDE PHOSPHORIQUE (P^2O^5) DES PHOSPHATES TOTAUX		OBSERVATIONS
					PAR LITRE	PAR 24 HEURES	PAR LITRE	PAR 24 HEURES	PAR LITRE	PAR 24 HEURES	PAR 24 HEURES	PAR LITRE	
					gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	
31 oct.	750	jaune ambré.	Acide	1.015	10.24	7.68	—	—	10.30	7.72	0.55	0.41	Urobiline et traces d'albumine.
1er nov.	950	jaune ambré foncé.	—	1.020	12.81	12.16	—	—	12.02	11.41	1.10	1.04	— —
7 —	510	jaune légèrement rougeâtre	—	1.020	20.49	10.44	—	—	11.70	5.99	1.21	0.61	— —
8 —	1.300	—	—	1.014	15.37	19.98	0.63	0.81	7.80	10.14	0.82	1.06	— —
9 —	450	—	—	1.027	25.62	11.52	1.34	0.60	11.90	5.35	1.59	0.71	— —
12 —	1.150	—	—	1.019	18.62	21.41	0.92	1.05	7.10	8.16	1.43	1.64	— —
13 —	580	jaune rougeâtre.	—	1.023	19.21	11.14	1.07	0.62	13.70	7.94	1.92	1.11	— —
													NOTA : Pas de nucléo-albumines. Traces seulement d'acides phosphoglycériques.

Étude chimique des urines et du liquide des bulles, par M. Gérard.
(Voir le tableau de l'analyse des urines, p. 122)

Étant donnée la faible quantité d'urée éliminée en vingt-quatre heures et l'alimentation de la malade (régime pour la journée : 1 potage, 2 œufs, volaille et 75 centil. de lait), la proportion de chlorure de sodium excrétée est relativement élevée.

En outre, les urines renferment d'une façon constante des traces d'albumine et de l'urobiline, comme dans les cas des maladies infectieuses. La présence du pigment de l'insuffisance hépatique nous a engagé à faire l'épreuve de la glycosurie alimentaire : le résultat a été négatif à deux reprises.

Le fait le plus important qui se dégage de ces analyses, c'est l'hyperexcrétion des composés xantho-uriques ; si, d'une part, on admet, comme Horbaczewski paraît l'avoir démontré, que l'acide urique a pour origine la nucléine des globules blancs et si, d'autre part, on considère le certain degré de leucocytose observé chez la malade, il est rationnel de penser qu'il y a une destruction plus active des globules blancs et, par suite, une production plus abondante des composés uriques.

Du 1er au 5 janvier, on refait une série d'analyses : la proportion des chlorures éliminés est toujours très élevée ; l'albumine y est constante.

Il n'y a plus d'urobiline ; les urines ont repris leur couleur normale. De plus, la quantité des composés xantho-uriques est maintenant comprise dans les limites normales, résultat qui coïncide avec la disparition de la leucocytose observée antérieurement.

Cryoscopie des urines.

1° Détermination du point de congélation = Δ.

Urines du	7 novembre 1900	.....	Δ = — 1°,45
— du	8 —	—	Δ = — 1°,14
— du	9 —	—	Δ = — 2°,07
— du	13 —	—	Δ = — 1°,69

2° Applications des formules de MM. Claude et Balthazard (1) pour déterminer la *diurèse moléculaire totale*, la *diurèse des molécules élaborées* et le *rapport entre les deux diurèses*.

DATES DE L'ÉMISSION DES URINES	DIURÈSE MOLÉCULAIRE TOTALE $\Delta \times \frac{V}{P}$	DIURÈSE DES MOLÉCULES ÉLABORÉES $\delta \times \frac{V}{P}$	RAPPORT ENTRE LES DEUX DIURÈSES $\frac{\Delta}{\delta}$
—	—	—	—
A 7 novembre..	2.112	1.034	2,04
B 8 — ..	4.234	2.488	1,70
C 9 — ..	2.661	1.735	1,53
D 13 — ..	2.800	1.375	2,03

(1) *Congrès international de médecine*, 1900 (Section de pathologie générale).

Nous ne pensons pas qu'il soit possible, dans l'examen cryoscopique effectué sur les urines d'une seule malade, d'établir des conclusions utiles. Il est important, dans l'espèce, de multiplier les observations, néanmoins nous ferons observer que les rapports entre les deux diurèses $\frac{\Delta}{\delta}$ pour les urines B et C sont sensiblement compris dans les limites indiquées par MM. Claude et Balthazard, tandis que ceux des urines A et D sont supérieurs aux chiffres normaux donnés dans le tableau dressé par ces auteurs pour l'étude des maladies du cœur et des reins.

Examen analytique de la sérosité contenue dnns les bulles du pemphigus.

Liquide à peine visqueux, légèrement coloré en jaune, à réaction nettement alcaline.

Extrait sec à 100°	67 gr. 90	p. 1.000.
Matières albuminoïdes totales (résine.... / globuline.)	52 gr. 40	—
Cendres	9 gr. 50	—
Chlorure de sodium	8 gr. 80	—
Fibrine	0 gr. 60	—

Présence d'urée, traces de créatinine.

I

Nous nous abstiendrons de considérations sur les altérations hématologiques et urologiques qui ont été signalées. D'une manière générale, elles ont été rarement recherchées dans des cas de pemphigus vrai, pur. Bornons-nous à signaler les variations notées dans l'équilibre leucocytaire. Sans doute, l'hypoglobulie et la leucocytose sont constantes ; mais l'éosinophilie, absente au premier examen comme dans le cas d'Hallopeau, apparaît dans le second ; il est à noter que celui-ci fut fait à un moment de poussée bulleuse.

En ce qui touche le chimisme et la cryoscopie du liquide des bulles et des urines, nous ne voyons pas l'utilité d'ajouter quelque chose aux réflexions formulées par M. le professeur agrégé Gérard.

Au contraire, nous désirons insister davantage sur les lésions histologiques constatées, décrites et figurées. Nous sommes en état de donner à ce sujet des renseignements suffisamment complets, et les faits que nous avons constatés sont particulièrement intéressants parce qu'ils permettent de faire l'accord entre les observations très différentes qui ont été publiées à ce sujet.

II. — Histologie des altérations cutanées du pemphigus

I. — *Exposé des résultats obtenus par les observateurs antérieurs.* — Nous rappellerons une fois pour toutes que nous ne voulons étudier ici que les lésions cutanées du pemphigus pur. La bulle du

pemphigus paraît avoir été examinée très souvent, principalement en Allemagne. Nous ne connaissons en France que le paragraphe de J. Renaut. Ces examens présentent souvent, à leur origine, un défaut considérable : on ne donne pas l'observation du malade. Or, c'est à peine si nous commençons à nous débrouiller dans le groupe des éruptions bulleuses chroniques.

En premier lieu, tous les diagnostics antérieurs à 1880, c'est-à-dire à la connaissance de la dermatite herpétiforme de Duhring, sont frappés de suspicion légitime. En second lieu, on doit se souvenir que l'école de Vienne, sous l'influence de Kaposi, réunit encore sous la dénomination de pemphigus une série d'affections que nous distinguons entre elles, et particulièrement encore la dermatite polymorphe douloureuse ; or, il se trouve que la plupart des examens allemands (non pas tous) ont été faits par les élèves de Kaposi. Il s'ensuit que parmi ces examens, plusieurs ont eu pour objet des pièces provenant de malades que nous ne considérons pas comme atteints de pemphigus chronique vrai, pur. Un des malades de Kreibich avait un « pemphigus circinatus » ; l'autre était exfoliant. Nous ne voulons pas dire que le pemphigus foliacé secondaire, celui qui succède à un pemphigus pur, doive être assurément distingué des cas semblables au nôtre ; mais cela est fort possible. En tous cas, au point de vue anatomique, les lésions semblaient avoir des chances d'être différentes. Les cas de Luithlen peuvent être des pemphigus ; mais l'un d'eux présentait des accidents érythémateux antérieurs aux bulles. Un des malades de Jarisch se rapporte à une forme maligne.

La fixation des pièces examinées ne paraît pas avoir été toujours irréprochable ; plusieurs provenaient de cadavres, etc. Cependant ce point de vue peut être mis de côté, car la discussion porte sur des lésions très grosses et qui ne peuvent résulter d'altérations secondaires.

Enfin, parmi les pièces anciennes, il en est qui sont conformes aux nôtres, et parmi les préparations qui ne concordent pas, il en est dont la technique a été irréprochable.

La plus ancienne publication est celle de Haight, que nous connaissons d'après Kaposi et Auspitz. Haight déclara que la bulle était superficielle et siégeait au-dessous de la couche cornée ; il indiqua en outre l'existence d'altérations du derme sous-jacent ; tuméfaction, etc.

J. Renaut étudie les formations bulleuses du tégument à un point de vue général ; il distingue la phlyctène superficielle et la profonde. La *phlyctène superficielle* « consiste dans le décollement du stratum épidermique, qui se sépare du corps muqueux au niveau de la ligne granuleuse et développe, au sein de l'ectoderme et sous son épaisseur, une cavité adventice que remplit le liquide albumineux et

fibrineux chargé de globules blancs et de quelques globules rouges, liquide sorti des vaisseaux sous l'influence d'un œdème brusque et localisé ». Il l'a rencontrée dans le pemphigus, mais ne donne pas de description détaillée de ce dernier. Quant à la *phlyctène profonde*, elle est constituée par le soulèvement de tout l'épiderme, laissant cependant les papilles recouvertes de la couche cylindrique déchiquetée en îlots. J. Renaut dit que cette variété a été retrouvée dans le pemphigus par Pierret.

Auspitz n'a pas rencontré de lésions notables du derme. Il place le siège de la bulle au-dessous de la couche cornée et il donne peu de détails bien significatifs ; il considère du reste la bulle comme trahissant un processus en partie inflammatoire, en partie acantolytique.

Weyl (cité par Unna) s'en tient aux précédentes données.

Cependant G. Simon avait admis que la bulle était formée par le soulèvement total de l'ectoderme.

Cette donnée est reproduite par M. Joseph d'après des préparations de Buzzi. Du Mesnil, à qui nous empruntons ce renseignement, cite un examen ancien de Neumann qui avait constaté de l'épaississement des fibres conjonctives du derme, un trouble granuleux des cellules du corps muqueux, de la tuméfaction des sudoripares et la dilatation de leur excréteur ; il cite également Sirsky comme ayant rencontré de l'atrophie conjonctive, des altérations de l'épithélium, des sudoripares, de la prolifération et de la dégénérescence de l'endothélium des vaisseaux sanguins.

Nous n'avons pas pu consulter le texte détaillé de la communication d'Eppinger au Congrès allemand de 1897. Nous croyons savoir qu'il admet le soulèvement total de l'épiderme. Luithlen a examiné des pièces provenant de deux malades. Il décrit et figure les bulles comme formées par le soulèvement total de l'ectoderme entre la basale et les papilles, soulèvement secondaire à la rupture du réseau élastique de fixation par l'exsudation d'un liquide d'origine vasculaire.

Il admet que les colonnes interpapillaires restent adhérentes et fournissent les éléments nécessaires à la réparation rapide et sans cicatrices du territoire de la bulle.

Kromeyer a publié en 1897, dans le *Dermatologische Zeitschrift*, l'étude de plusieurs pièces provenant de deux malades. Nous ne pouvons le citer que d'après l'analyse faite par Kreibich. Kromeyer dit que la bulle est due à un soulèvement total de l'ectoderme. Le liquide exsudé possède un pouvoir macérant sur lequel il a insisté dès 1894, et détruirait ainsi les éléments soulevés. La réparation s'opérerait grâce à la collaboration d'éléments épithéliaux restés adhérents, etc.

Neisser (cité par Kreibich) conteste le siège profond de la bulle et n'admet pas le pouvoir macérant du liquide exsudé.

Jarisch ne croit pas non plus à l'action macérante du liquide exsudé. Il a examiné plusieurs bulles et les a vues creusées tantôt au-dessous de la couche cornée, entre le stratum lucidum et le stratum granulosum, tantôt entre la couche basale et le corps muqueux.

Enfin Kreibich a rencontré soit un soulèvement total de l'épithélium, soit un clivement entre la couche basale et le corps muqueux.

En résumé, trois opinions :

1° *La bulle se développe entre la couche cornée et le stratum granuleux (phlyctène superficielle de Renaut);*

2° *La bulle se développe entre le corps muqueux et la couche cylindrique basale (phlyctène profonde de Renaut);*

3° *La bulle comporte la dénudation totale des papilles par soulèvement, par arrachement de l'épithélium, ou, comme sur une de nos pièces, par destruction secondaire des éléments épithéliaux qui revêtent les papilles.*

II. — Notre observation montre que *les trois opinions sont exactes*, ou mieux que ces trois formes de bulle, de collection intra-épidermique, se peuvent observer sur un même malade. On peut même y ajouter la *notion des petites collections débutant dans l'épaisseur même de la couche filamenteuse* (stratum de Malpighi) en suite de processus dénués de toute spécificité.

Ainsi, il est impossible d'établir un rapport constant entre l'histologie de la bulle et le diagnostic de la maladie au cours de laquelle elle apparaît. Cela est d'autant plus vrai que ces différentes variétés ont été notées également en des circonstances tout autres : brûlure, épidermolyse héréditaire, dermatite polymorphe de Duhring-Brocq, etc.

Il y a cependant des points sur lesquels il faut insister. Ce sont :

1° *L'intégrité relative du tissu conjonctif sous-épithélial.* Les anomalies sont évidemment juxtaposées et subordonnées aux vaisseaux ; il n'y a pas d'inflammation vraie du derme.

2° *L'intégrité parfois absolue et tout à fait paradoxale de la couche épineuse :* il en est ainsi sur les préparations de bulle superficielle.

3° *L'existence possible d'une altération préalable du stratum granuleux et de la couche sus-jacente* (stratum intermedium de Ranvier).

Mais sauf l'absence d'inflammation du derme, ces caractères peuvent faire défaut et leur présence ne paraît comporter aucune signification.

On est ainsi conduit à admettre, avec toute chance d'être dans le vrai, que les lésions épithéliales et même cutanées, sont tout à fait secondaires et dépendent de causes beaucoup plus générales.

III. — *Réflexions sur la pathogénie.* — On peut se demander

quelle est la pathogénie, ou mieux, l'histogénie de la bulle, — et si des faits précédents on peut tirer quelques déductions relatives à l'interprétation générale de la maladie.

En ce qui touche le premier point, *l'origine, l'histogénie de la bulle*, nous devons rappeler ici les expériences récentes de M. Weidenfeld. Cet assistant de M. Kaposi injecte, sous la peau des membres de cadavres d'enfants, des liquides variables, sous des pressions différentes : il arrive ainsi à réaliser des bulles qui se produisent d'autant plus vite que la pression est plus élevée, plus brusque, etc. Il a reconnu qu'un certain degré de pression était nécessaire pour qu'une bulle se produisît en un temps donné ; et aussi, que l'apparition des bulles est facilitée par le chimisme et l'état physique de solutions injectives (solubilité, etc.). Ces bulles artificielles siègent tantôt au-dessous de l'épithélium qu'elles soulèvent, tantôt dans son épaisseur même.

La préoccupation de M. Weidenfeld, comme celle de MM. Kromeyer, Luithlen, Kreibich, semble être de vouloir montrer dans la bulle le résultat exclusivement mécanique d'une exsudation liquide émanée des vaisseaux et décollant l'épiderme par la violence de la pression.

Cependant, on ne doit accorder qu'une valeur relative à ces expériences parce qu'il ne semble pas possible d'assimiler, voire de comparer une peau de cadavre à un tégument vivant.

Le pemphigus n'est pas la seule maladie où le réseau vasculaire superficiel éjecte en abondance un liquide qui est en somme, à peu de chose près, au moins au début, du plasma sanguin. Pourtant, il est le seul où la bulle se produise constamment, et dans des conditions si particulières.

Une telle explication pourrait à peine se soutenir si, dans tous les cas, la bulle représentait un arrachement traumatique de l'épithélium; or, l'existence certaine des bulles sous-cornées y contredit absolument.

La bulle ne peut se réaliser qu'à la condition d'altérations épidermiques préexistantes. Assurément, ces altérations sont multiples. La parakératose qui accompagnait notre bulle sous-cornée est une explication précise et simple ; mais elle est insuffisante en présence des autres résultats.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît nécessaire d'admettre que préalablement à la bulle, parallèlement à l'exsudation plasmatique hors des vaisseaux du derme papillaire, il existe dans l'épithélium des lésions ou un état apte à en favoriser, à en permettre l'apparition, le développement et l'évolution.

Au point de vue de l'*interprétation générale de la maladie*, il nous paraît qu'on doit renoncer à attendre de l'histologie des rensei-

gnements décisifs et complets. La bulle ne signifie pas plus dans les pemphigus que les râles dans la pneumonie.

C'est à d'autres sources que nous devrons puiser nos documents. On verra si les altérations plusieurs fois décrites dans la moelle ont une valeur réelle ; encore faudrait-il savoir si ces mêmes altérations ne sont pas deutéropathiques, secondaires à une infection, ou à un trouble profond de la nutrition.

La leucocytose, l'existence des adénopathies, les perturbations notables que la chimie montre dans les échanges urinaires prouvent que rien dans l'économie n'échappe complètement à l'action d'un poison encore inconnu, mais dont l'existence nous paraît probable, en attendant que des observations ultérieures, des autopsies, etc., nous permettent de développer nos connaissances encore bien incomplètes à ce sujet.

INDICATIONS RELATIVES A LA PLANCHE

FIG. 1. — *Bulle n° 1.* — Vue d'ensemble.

Plaque Lumière ortho-série A. Écran jaune. Obj. apoch. de Leitz, 16 millim. ; oculaire compens., n° 4.
Cette figure a été réduite sur la planche au 7/10.

FIG. 2. — *Bulle n° 1.* — Détail au voisinage.

Mêmes plaques. Écran vert. Obj. apoch. Leitz 4 millim. ; oculaire compens. n° 4.
Cette figure et les deux suivantes ont été réduites de 1/2.

FIG. 3. — *Bulle n° 2.* — Détail du plancher.

Mêmes plaques. Écran jaune. Obj. 4 millim., oculaire 4.

FIG. 4. — *Bulle n° 2.* — Vue générale du plancher.

Mêmes plaques. Écran vert. Obj. 16 millim., oculaire 4.
Microphotographies faites au laboratoire de la Clinique par M. P. POLIER.

ANTAGONISME ENTRE L'ÉTAT DE LA PEAU ET DE LA MUQUEUSE BUCCO-PHARYNGÉE DANS LE COURS DE LA SYPHILIS SECONDAIRE.

Par le Dr **Alex. Renault**, médecin de l'hôpital Ricord.

Le spécialiste qui a l'occasion de traiter un grand nombre de syphilitiques, observe à la période secondaire des manifestations cutanées morphologiquement très différentes.

Le plus souvent, ai-je besoin de le dire, c'est la roséole qu'il rencontre, roséole qui coïncide avec la lyre des accidents de cette période et en particulier avec une angine, constituée objectivement par une couleur rouge uniforme ou par des plaques grisâtres disséminées sur les piliers et les amygdales, subjectivement par une douleur plus ou moins vive à la déglutition.

Mais il est possible que la peau soit imprégnée plus profondément. Alors, aux taches roses qui émaillent le thorax et les flancs, se joignent quelques papules de couleur jambon maigre, interposées entre les taches. Dans ces cas, également très fréquents, de syphilide polymorphe, il existe concurremment les manifestations gutturales que nous venons de signaler.

Si ce double tableau représente la grande majorité des faits, il en est d'autres dans lesquels la peau semble subir l'assaut tout entier de la poussée spécifique.

On voit alors la tête, le tronc en totalité, les membres, les mains et les pieds, surtout du côté des faces palmaires et plantaires, recouverts de papules dont la confluence est quelquefois telle, au niveau du thorax principalement, que les intervalles de peau saine, quoique très nets en réalité, semblent de prime abord avoir presque disparu.

Eh bien ! chez la plupart de ces malades, quand on examine avec soin le tégument interne, on est frappé de ce fait, c'est que la muqueuse bucco-pharyngée est intacte. En vain inspecte-t-on minutieusement les lèvres, la langue, la muqueuses des joues et du palais, l'isthme du pharynx, on ne découvre absolument rien. Du reste, ce résultat négatif est à prévoir, lorsque l'on demande préalablement aux malades s'ils éprouvent quelque gêne, s'ils ressentent quelques douleurs en avalant, presque invariablement, ils vous répondent : non.

Depuis un an, j'ai pu recueillir douze observations de ces syphilides confluentes et, sur ce nombre, j'ai constaté neuf fois l'absence complète de manifestations bucco-pharyngées ; dans les trois autres cas, les accidents étaient légers.

Voici, du reste, le résumé très succinct de ces observations :

Observation I. — 42 ans, journalier, entré salle 9, n° 36, le 21 octobre 1898.

Antécédents morbides. — Fièvres intermittentes, contractées jadis en Corse ; ces fièvres ont duré trois mois.

Dans les premiers jours d'avril 1898, apparition d'un chancre syphilitique à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche.

État du malade à son entrée. — Syphilides papuleuses généralisées et confluentes, avec maximum au niveau du tronc ; grosses papules cuivrées. Syphilides psoriasiformes naissantes à la paume des mains et à la plante des pieds. Syphilides érythémateuses et papuleuses au cuir chevelu. Syphilides érosives au pourtour de l'anus. Alopécie en clairières. Ganglions inguinaux énormes ; adénite cervicale moyenne.

Muqueuse bucco-pharyngée intacte.

Obs. II. — 26 ans, garçon de salle, entré le 25 novembre 1898, salle 10.

Antécédents morbides. — Premier séjour à l'hôpital Ricord, en février et mars 1898, pour une blennorrhagie avec phimosis, contractée en décembre 1897.

A la date du 8 février 1898, on sent sous la peau du prépuce un noyau dur, qui paraît être un chancre syphilitique.

Le malade est mis au traitement spécifique : liqueur de Van Swieten, une cuillerée à bouche tous les matins.

Il sort le 28 mars, sans avoir encore présenté le moindre accident secondaire.

Le 1er octobre, apparition d'une nappe rougeâtre et excoriée légèrement sous la racine de la verge.

Le 15, syphilides érythémato-papuleuses, absolument généralisées.

Du 18 au 26, mal de gorge léger, que le malade n'hésite pas à attribuer au froid.

A son entrée, le 25 novembre, *cavité bucco-pharyngienne intacte*, mais en revanche, syphilide érythémato-papuleuse, occupant la face, le tronc, les membres et la plante du pied droit.

Adénite inguinale énorme ; cervicale, moyenne.

Le patient fume peu, une cigarette environ par jour ; il est également peu buveur.

Obs. III. — 26 ans, homme de peine, entré le 15 novembre 1898, salle 9.

Antécédents morbides. — Phimosis avec adénite inguinale dans les premiers jours d'octobre.

Le 10 novembre, apparition de taches et de plaques sur le corps.

Etat à son entrée. — Syphilide papuleuse et papulo-squameuse généralisée et très confluente. Seule la face, la paume des mains et la plante des pieds sont épargnées, ainsi que le pourtour de l'anus. Céphalée vespérale. Adénites volumineuses : inguinale, épitrochléenne, cervicale.

Muqueuse bucco-pharyngienne intacte.

Le malade fume peu, mais il est grand buveur ; quotidiennement : un litre de vin, deux absinthes et plusieurs apéritifs.

Du reste, il a du tremblement de la langue et des mains, des crampes dans les mollets et des cauchemars nocturnes.

Obs. IV. — 18 ans, garçon restaurateur, entré le 6 décembre 1898. Cicatrice de chancre syphilitique à la rainure glando-préputiale. Le chancre a débuté il y a cinq mois. Adénite inguinale multiple, de volume moyen.

Éruption papuleuse et papulo-squameuse, confluente à la face, très confluente sur les membres, plus discrète sur le tronc ; gros éléments cuivrés, un peu purpuriques au niveau des jambes ; l'éruption existe depuis trois mois.

Angine très légère ; celle-ci a débuté en même temps que l'éruption tégumentaire. Ilot grisâtre sur pilier antérieur droit.

Le malade affirme qu'il boit et fume fort peu.

Obs. V. — 43 ans, cuisinier, entré le 8 décembre 1898, salle 11, n° 16. Syphilide papuleuse généralisée à la face, au tronc, aux membres supérieurs, aux cuisses, discrète aux jambes. Squames peu abondantes.

Quelques papulo-croûtes au niveau du cuir chevelu.

Paume des mains et plante des pieds indemnes.

Adénites bi-inguinales, épitrochléenne, cervicale assez volumineuses.

Cavité bucco-pharyngée tout à fait intacte. Le malade affirme du reste qu'il n'a jamais éprouvé la moindre sensation du côté de la bouche ni de la gorge.

Cependant, il est prédisposé aux manifestations gutturales de par sa constitution arthritique, ainsi qu'en témoignent des épistaxis fréquentes, surtout depuis l'âge de 26 ans, l'état variqueux et un peu bourgeonnant de son nez. Or, on sait que les arthritiques ont habituellement le pharynx et l'isthme du gosier rouge et porté aux fluxions.

Le malade raconte qu'il fume modérément : une demi-douzaine de cigarettes par jour en moyenne. Mais il est buveur, et s'il n'a ni pituites le matin, ni cauchemars nocturnes, en revanche, il est atteint d'un tremblement manifeste de la langue et des mains.

Obs. VI. — 49 ans, marchand des quatre-saisons, entré le 17 janvier 1899.

Chancre syphilitique à la face inférieure du gland. Syphilides érosives du fourreau et du scrotum. Larges papules confluentes, couvrant le cuir chevelu, la nuque, le tronc et les membres supérieurs. Adénite bi-inguinale et cervicale.

Aucune lésion bucco-pharyngienne.

Cependant le malade est à la fois buveur et fumeur ; il fume environ 20 centimes de tabac tous les jours et absorbe également une forte dose de boissons alcooliques.

Obs. VII. — 42 ans, déménageur, entré le 18 avril 1889, salle 9, n° 18. On ne trouve aucun vestige de son chancre, qui est passé inaperçu.

Syphilide papuleuse confluente, véritables plaques cutanées, occupant la nuque, le tronc, les membres supérieurs et inférieurs. Syphilide papulo-croûteuse du cuir chevelu et alopécie. Syphilide papulo-érosive du fourreau et du scrotum. Adénite bi-inguinale.

Syphilides bucco-pharyngiennes. Syphilides en feuillets de livre des commissures labiales.

Angine spécifique peu apparente ; mais le malade prétend avoir souffert de la gorge pendant deux mois. Alcoolique.

Obs. VIII. — 27 ans, journalier, entré le 30 mai 1899, salle 12, n° 19.

A la fin d'avril, apparition d'un chancre, que l'on sent à travers la peau du prépuce, mais que l'on ne peut voir, à cause d'un phimosis développé quinze jours après le début du chancre.

Apparition vers le 20 mai d'une syphilide papuleuse sur tout le corps.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate en effet des papules très confluentes, occupant le tronc, les membres supérieurs et les cuisses.

Syphilide papulo-croûteuse discrète du cuir chevelu. Véritable nappe papuleuse recouvrant le fourreau de la verge. Syphilides papulo-érosives du scrotum et du pourtour de l'anus. Adénite bi-inguinale et cervicale.

Aucune dysphagie ; *cavité bucco-pharyngienne absolument intacte.*

Le malade est cependant à la fois buveur et fumeur.

Il ingurgite fréquemment plusieurs litres de vin par jour, auxquels il ajoute des absinthes.

Il fume en outre régulièrement pour 10 centimes de tabac tous les jours.

Obs. IX. — 25 ans, coiffeur, entré le 18 juillet 1899, salle 12, n° 19.

Syphilide polymorphe érythémato-papuleuse généralisée. En beaucoup de points de la surface tégumentaire, les papules sont ulcérées.

Je ferai remarquer, en passant, ce fait aujourd'hui bien connu, c'est que lorsque les syphilides de la période secondaire sont suivies d'une perte de substance, il faut presque invariablement en rechercher la cause dans l'intoxication éthylique. Notre malade ne fait point exception à la règle. Avant son entrée à l'hôpital, il a commis de grands excès alcooliques.

Malgré la gravité des lésions cutanées, *cavité bucco-pharyngée intacte.*

Obs. X. — 38 ans, ébéniste, entré le 25 juillet 1899, salle 9, n° 12.

Grand chancre syphilitique du fourreau de la verge.

Syphilide polymorphe, érythémateuse et papuleuse, discrète à la face, mais occupant avec prédilection le tronc, les membres supérieurs, la racine des membres inférieurs, la plante des pieds. Syphilide papulo-croûteuse du cuir chevelu. Alopécie.

Muqueuse de la cavité buccale et du pharynx intacte, bien que le malade fume pour 15 à 25 centimes de tabac par jour.

A la commissure labiale gauche, on constate une petite plaque blanchâtre. Est-ce une syphilide ou un îlot de leucoplasie ? la question est difficile à trancher.

Obs. XI. — 20 ans, imprimeur, salle 9, n° 36.

Un mois et demi avant l'entrée du malade à l'hôpital, chancre syphilitique de la rainure balano-préputiale.

Lors de son admission, syphilide papuleuse confluente, occupant le front, la face, le tronc, les membres, le fourreau de la verge, le dos des pieds. Phimosis. Adénite bi-inguinale et cervicale.

Cavité bucco-pharyngienne intacte, quoique le malade fume pour 15 centimes de tabac tous les jours.

Il boit en outre un litre de vin et trois ou quatre absinthes.

Obs. XII. — 25 ans, journalier, entré le 15 août 1899, salle 9, n° 3.

État à l'entrée. — Phimosis et chancre syphilitique sous-préputial, datant de trois semaines. Syphilide papuleuse, occupant la face, le cou, le tronc, les membres, les mains et les pieds.

Angine légère, survenue quelques jours après l'admission, consistant en plaques grisâtres discrètes sur les amygdales. En très peu de jours, disparition de cette angine.

Une syphilide papulo-érosive au niveau de la lèvre inférieure.

En résumé, on voit que 9 fois sur 12 cas de syphilides papuleuses et papulo-érythémateuses généralisées, la muqueuse bucco-pharyngée s'est trouvée tout à fait intacte. Depuis la dernière observation recueillie pour ce travail, j'ai eu l'occasion de noter d'autres faits semblables. Inutile de les rapporter. Ils peuvent être calqués sur les précédents. Leur exposé serait donc fastidieux et n'apporterait aucun argument nouveau à la démonstration de cet antagonisme dans le cours de syphilis à manifestations cutanées confluentes.

Du reste, l'antagonisme en question n'est pas spécial à la vérole. Il y a bien longtemps que les auteurs l'ont observé à propos d'autres dermatoses dont l'origine doit être attribuée à une cause générale.

Une des observations les plus anciennes et les plus probantes est celle rapportée par Büchner, en 1763. On en trouve le résumé dans le *Traité des maladies de la peau* de Rayer, t. 1, p. 40. Il s'agissait d'une angine qui cessa brusquement par l'apparition d'un exanthème.

En plusieurs endroits de ses œuvres si remarquables, Bazin attire l'attention sur des faits du même genre. Parlant de la maladie qui nous intéresse, il dit : « la syphilide maligne précoce s'observe rarement sur les muqueuses, tandis que dans les syphilides exanthématiques ordinaires, une partie de l'éruption se montre sur ces membranes. » Un peu plus loin, il insiste encore sur l'antagonisme existant entre la peau et les muqueuses, en particulier dans les cas de poussées eczémateuses qui alternent avec l'apparition d'un coryza. Cliniquement, le fait est donc parfaitement établi.

En ce qui concerne la syphilis, on peut dire que cet antagonisme est complet, car, ainsi que mes observations le démontrent, la muqueuse bucco-pharyngée reste intacte même chez les fumeurs endurcis.

Or, je n'ai pas besoin de rappeler l'influence désastreuse du tabac dans la production, la persistance et les récidives des manifestations spécifiques des lèvres, de la bouche et de l'isthme guttural.

Il serait intéressant de savoir si cette immunité persiste pendant

toute la durée de la période secondaire. Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question, parce que les malades d'hôpital, sitôt leurs syphilides guéries, souvent même avant, disparaissent et ne reviennent qu'à l'occasion d'accidents graves, les forçant à interrompre leur travail, mais non point pour des manifestations bucco-pharyngées, compatibles avec leurs occupations.

Ce que je puis dire, c'est que j'ai pu constater cette immunité des muqueuses chez les malades de ville, qui se présentent docilement, à jours fixes, à la consultation de leur médecin. J'ajoute que les arthritiques, dont la gorge est habituellement sensible et rouge, ne m'ont pas semblé faire exception à la règle.

Peut-on dire que la réciproque soit vraie et que les patients dont la cavité bucco-pharyngienne est fortement éprouvée, gardent la peau relativement intacte? Je n'ai pas un nombre suffisant de faits pour être en mesure d'émettre une opinion ferme. Cependant, tous les syphiligraphes savent bien que l'on rencontre encore assez souvent des malades dont la gorge est le siège de lésions, désespérantes par leur ténacité et leurs récidives incessantes. Les arthritiques surtout payent à la syphilis ce lourd tribut. Eh bien, il n'est pas rare que chez ces sujets, la peau reste intacte ou soit tout au moins très légèrement touchée.

Hâtons-nous toutefois de reconnaître que l'interprétation exacte de ces faits est difficile. Car il faut tenir compte de l'influence néfaste sur la gorge du tabac à fumer et des liqueurs fortes, qui irritent au passage la muqueuse bucco-pharyngienne.

Or, qui ne sait que fumeurs et buveurs sont malheureusement légion. Mon observation ne vise donc que les malades privilégiés indemnes de ce double défaut.

Cessant ce parallèle, faute de preuves suffisantes, revenons à la question principale et voyons s'il est possible de tirer quelque profit, en clinique, de cette notion d'antagonisme entre la muqueuse bucco-pharyngée et la peau.

De prime abord se dégage un double fait pratique :

1° La possibilité de promettre presque à coup sûr aux malades atteints d'une syphilide papuleuse confluente que leurs lèvres, leur langue et leur gorge resteront intactes ;

2° Une tolérance relative du tabac pour les fumeurs endurcis. Cette tolérance leur permettra de renoncer peu à peu à une habitude, qu'une suppression brusque aurait rendue encore plus impérieuse, en dépit de ses effets toujours funestes dans le cours de la syphilis secondaire.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1901

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Note sur la mort subite chez les hérédo-syphilitiques, par M. GASTOU. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Pseudo-pelade et acné décalvante, par M. BROCQ. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Bulles des doigts, par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Ulcérations professionnelles des mains chez les ouvriers teinturiers en peaux, par MM. BROCQ et LAUBRY. — Syphilis de la face, par M. DU CASTEL. — Gommes syphilitiques ou tuberculeuses, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. BROCQ, DU CASTEL, BARTHÉLEMY, BESNIER, FOURNIER, DARIER.) — Lymphangite dorsale de la verge, consécutive à un chancre simple, par M. DANLOS. (Discussion : M. FOURNIER.) — Molluscum contagiosum, par MM. BALZER et ALQUIER. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Lèpre oculaire, par M. GALEZOWSKI. (Discussion : MM. BESNIER, GALEZOWSKI, BROCQ, HALLOPEAU.) — Mort subite chez les enfants hérédo-syphilitiques, par M. A. FOURNIER. (Discussion : MM. LEREDDE, FOURNIER.) — Pelade, lésions dentaires, hypotonie et viciations urinaires par M. L. JACQUET. — Kératose symétrique des extrémités, par M. BAUDOIN. (Discussion : M. LEREDDE). — Note sur l'état des dents dans la syphilose du maxillaire supérieur, par M. MOTY. (Discussion : MM. FOURNIER, BESNIER, GASTOU, LEREDDE, BARBE, BARTHÉLEMY.) — Sur un cas de lichen plan aigu avec production de bulles et desquamation furfuracée, par MM. HALLOPEAU et LEMIERRE. — Sur un cas d'altérations profondes des cornées survenues secondairement sous l'influence de gommes palpébrales, par MM. HALLOPEAU et LEMIERRE. — Sur un nouveau cas de toxi-tuberculides agminées, par MM. H. HALLOPEAU et LEMIERRE. — Sur un cas de tabes dorsalis avec altérations dentaires, provenant vraisemblablement d'une syphilis héréditaire, par MM. H. HALLOPEAU et LEMIERRE. (Discussion : M. FOURNIER.) — Lésions des ongles au cours d'une séborrhéide eczématisante, par M. AUDRY. — Troubles trophiques ou sclérodermatisation de la région mammaire par les rayons X, par M. BARTHÉLEMY. — Zona survenu au cours d'une hydrargyrie, par MM. AUDRY et LAURENT. — Sur un rash préroséolique de la syphilis, par MM. AUDRY et LAURENT. — Acrokératodermie héréditaire, par MM. DUBREUILH et GUÉLAIN. — Cancer de la langue, par M. DANLOS.

Ouvrages offerts à la Société.

Verhandlungen der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, 1900.

Protocole de la Société vénéréologique et dermatologique de Moscou (en russe), 1899-1900.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Note sur la mort subite chez les hérédo-syphilitiques.

Par M. Gastou.

La pathogénie de la mort subite ou rapide chez les hérédo-syphilitiques, quoique loin d'être connue, peut cependant trouver deux données importantes dans l'expérimentation et la clinique.

D'une part, Claude Bernard a mentionné des cas de mort rapide chez les animaux après ligature de la veine porte.

D'autre part, dans la thèse du D[r] Hudelo, mention est faite de la mort précoce subite ou rapide chez la plupart des enfants atteints de syphilis hépatique.

Ces deux ordres de faits connexes semblent indiquer que les arrêts de circulation dans la veine porte peuvent avoir une répercussion telle qu'ils entraînent la mort. Or, à ce point de vue, la ligature et l'endophlébite arrivent à produire toutes deux la thrombose porte, c'est-à-dire l'oblitération totale.

J'ai pu le vérifier chez les cobayes en faisant des recherches sur la pathogénie du foie infectieux.

Si on rapproche les lésions du foie trouvées chez l'enfant hérédo-syphilitique mort subitement, dont j'ai entretenu la Société dans la dernière séance, des lésions provoquées par la ligature de la veine porte et par la syphilis hépatique (Thèse de Hudelo), il en ressort l'intérêt qu'il y a dans l'avenir à étudier complètement les lésions hépatiques chez les hérédo-syphilitiques qui meurent subitement.

Par le fait de la pyléphlébite, il se fait dans ces foies une obstruction progressive qui, devenue complète, provoque probablement la mort. Par quel mécanisme ? nous l'ignorons. En tout cas, le fait est intéressant à signaler ; c'est pourquoi j'ai cru devoir l'ajouter à ma précédente communication.

M. Barthélemy. — Dans les cas auxquels j'ai fait allusion, il n'y avait pas de lésion du foie. Le foie est un des organes les plus fréquemment altérés par l'hérédo-syphilis et l'autopsie avait pour but principal l'étude du foie et de ses annexes ; or, dans la note où j'ai publié les résultats de 28 autopsies de sujets hérédo-syphilitiques (*Bulletin de la Soc. de Dermatologie*, 1890), j'ai noté soigneusement l'état du foie, souvent lésé. Mais dans ces cas, les sujets étaient débiles, malingres, mal venus, souffreteux et plus ou moins troublés dans leur nutrition et leur vitalité. Au contraire, dans l'observation rappelée par M. Fournier et par moi, l'enfant était tout à fait bien portant et les organes, pas plus le foie que la veine porte, n'étaient atteints, dans ce cas du moins. Du reste, dans la première éventualité, les enfants n'ont pas dépassé la première année, tandis que notre hérédo avait six ans.

Il est donc possible que la raison invoquée par M. Gastou soit exacte

dans nombre de cas, mais elle ne peut certainement pas s'appliquer à tous.

Pseudo-pelade et acné décalvante.

Par M. L. Brocq.

Dans la dernière séance, mon excellent ami, M. le Dr Darier, vous a présenté un malade des plus intéressants, atteint depuis un an environ d'une alopécie spéciale à tendances cicatricielles. A ce propos, il m'a demandé de donner à la Société quelques explications au sujet de ma pseudo-pelade. Je crois utile de préciser aujourd'hui ce que j'ai dit le 10 janvier sur ce point, en vous communiquant quelques dessins et ces excellentes photographies dues au talent et au dévouement de M. le Dr Sottas.

Quelques mots tout d'abord au sujet de ces affections pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté.

Dans le mémoire que j'ai communiqué le 12 octobre 1888 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, sur les *Folliculites et périfolliculites décalvantes*, je distinguais quatre catégories principales de faits : 1° ma pseudo-pelade ; 2° l'acné décalvante ; 3° mon sycosis lupoïde ; 4° l'acné chéloïdienne de la nuque.

Je vais écarter tout de suite l'*acné chéloïdienne de la nuque*, sur la nature de laquelle on peut discuter, mais dont la symptomatologie est connue tous.

Je ne dirai qu'un mot du *sycosis lupoïde*, qui n'est qu'une variété clinique de folliculites atrophiantes et qui correspond à l'acné lupoïde des auteurs américains, à l'acné pilaire cicatricielle d'Allen et Lustgarten, à l'ulérythème sycosiforme d'Unna, à la dermite sycosiforme atrophiante de Ducrey et Stanziale, etc..., et dont je vous présente : 1° un schéma tiré de mon article « Alopécies » de la *Pratique dermatologique* ; 2° un dessin fort net, planche II du mémoire de Ducrey et Stanziale.

J'insisterai un peu plus longuement sur la pseudo-pelade et sur l'acné décalvante.

A. *La pseudo-pelade.* — C'est en 1885, dans ma correspondance française, publiée dans le *Journal of cutaneous diseases*, que j'ai fait connaître pour la première fois ce type morbide dont je me réserve de faire paraître incessamment une description complète. En voici, brièvement exposés, les caractères essentiels :

1° Le début est insidieux, sans aucun phénomène douloureux ; les points d'attaque sont presque toujours multiples, et se multiplient à mesure que l'affection évolue.

2° L'affection constituée est essentiellement caractérisée par des

plaques alopéciques variant comme dimensions de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de 20 centimes en argent, arrondies, ovalaires ou irrégulières, isolées, ou pouvant se réunir et former par confluence des plaques plus ou moins vastes à limites assez précises, mais irrégulières, comme festonnées ; l'affection a un caractère de serpiginosité et d'envahissement irrégulier, par bonds, des plus remarquables.

Au niveau des plaques alopéciques, le cuir chevelu est blanc, ivoirin, lisse, comme atrophié et cicatriciel, sans duvets ni poils visibles.

3° Parfois, au niveau des poils qui sont atteints par le processus morbide, il présente une légère teinte rosée, un peu de tuméfaction, même une fine desquamation ; mais jamais il n'y a ni vive rougeur, ni suppuration périfolliculaire, et rougeur, tuméfaction et squames peuvent faire totalement défaut.

4° Si l'on tire sur un poil atteint par le processus, il vient avec facilité, et sa racine présente une gaine plus ou moins épaisse, translucide, analogue à celle des cheveux faviques.

Après la chute ou l'avulsion du cheveu malade, la papille pileuse subit un processus complet d'atrophie, tandis que tout autour de la plaque alopécique et déprimée les cheveux qui ne sont pas encore atteints sont forts, vigoureux, bien plantés ; on passe ainsi sans transition de l'alopécie atrophique au cuir chevelu le plus abondamment et le plus fortement pourvu que l'on puisse rêver. Des touffes de cheveux indemnes peuvent se voir au milieu de larges plaques, résultat de la confluence de plaques minuscules.

5° Le lieu d'élection de la maladie semble être la région occipitale, puis les régions temporales ; cependant, tout le cuir chevelu, y compris le vertex, peut être atteint.

6° L'évolution se fait avec une extrême lenteur.

7° Les hommes semblent être beaucoup plus souvent atteints que les femmes : je l'ai toujours observée chez des personnes à cheveux noirs, et surtout chez des adultes entre 20 et 45 ans ; je n'ai connaissance d'aucun fait de contagion.

8° Des cultures faites par MM. Veillon et Sabouraud n'ont jusqu'ici donné aucun résultat probant.

En voici des photographies qui ont été prises à notre policlinique de l'hôpital Broca-Pascal, par M. le Dr Sottas. Celle-ci représente une pseudo-pelade typique chez un jeune homme de 20 ans. On y voit à la partie supérieure de la région occipitale les plaques atrophiques caractéristiques avec d'épais cheveux noirs périphériques. Cette autre représente une pseudo-pelade également typique des plus accentuées, occupant déjà presque tout le cuir chevelu, mais surtout développée vers les régions occipitales latérales et temporales :

vous y reconnaîtrez les principaux caractères que je viens de signaler. Par l'examen de ces autres photographies représentant des alopécies post-impétigineuses, des pelades vraies, des alopécies consécutives au lupus érythémateux, etc., il vous est facile de voir que l'affection dont je vous parle a des caractères spéciaux des plus nets.

J'ajoute que des cas de cette maladie ont été déjà publiés par Allan Jamieson, par Ducrey et Stanziale, par W. Dubreuilh, par Niclot.

B. *Acné décalvante.* — Mais la forme morbide avec laquelle la pseudo-pelade a le plus de ressemblance, c'est incontestablement l'*acné décalvante*. Cette dernière affection, que Lailler a le premier décrite, répond très probablement aux folliculites destructives des régions velues de Quinquaud et Niclot, à certaines alopécies innominées de notre excellent maître, M. le Dr E. Besnier ; P.-A. Robert a définitivement fixé ce type dans sa thèse de 1889.

En voici les caractères majeurs :

1° Les lésions primitives et primordiales sont constituées par des pustules péripilaires plus ou moins volumineuses renfermant plus ou moins de pus, et entourées d'une zone inflammatoire plus ou moins considérable selon les cas ; elles évoluent en un laps de temps qui varie de huit à quinze jours ;

2° Le poil qui occupe le centre de la pustule s'arrache d'ordinaire avec facilité : il n'est pas atrophié, mais d'ordinaire engainé. Ce poil est vite détruit par le processus morbide ; il tombe spontanément s'il n'est pas arraché et il ne repousse pas, de telle sorte que la maladie aboutit, comme dans la pseudo-pelade, à l'atrophie complète du follicule pileux et à une alopécie définitive.

3° La maladie constituée est donc caractérisée par la formation graduelle aux points atteints de plaques parfaitement glabres au niveau desquelles le cuir chevelu est lisse, poli, d'un blanc mat, comme aminci, déprimé et atrophié. Ces plaques sont irrégulières de forme, de contours et de dimensions ; elles sont d'ordinaire plus étendues que celles de la pseudo-pelade, ou pour mieux dire les lésions ont ici plus de tendance à se grouper en larges foyers et à devenir confluentes.

4° Sur les confins de ces plaques, plus rarement en un point quelconque de leur étendue, se voient quelques éléments de folliculites en activité qui permettent de faire le diagnostic.

5° Les plaques alopéciques peuvent être irrégulièrement disséminées, sans systématisation aucune, en une région quelconque du cuir chevelu, dans sa totalité, mais le lieu d'élection est par excellence le vertex.

6° L'évolution se fait avec la plus grande lenteur par production successive d'éléments de folliculites isolés, pour ainsi dire jamais

agminés, qui, se produisant vers la périphérie des plaques déjà constituées, les agrandissent lentement et progressivement.

7° J'ai observé l'acné décalvante chez des hommes et chez des femmes, chez des enfants et chez des adultes. Je ne connais pas de cas de contagion.

8° Les cultures n'ont donné jusqu'ici aucun résultat probant.

A la page 342 du tome I de la *Pratique dermatologique*, vous voyez un schéma typique de cette affection. En voici une très belle photographie faite par M. le Dr Sottas chez un enfant de 15 ans : on y voit la localisation au vertex, les nombreuses plaques alopéciques simulant l'atrophie cicatricielle du favus, et deux pustulettes des plus nettes permettant de fixer d'emblée le type morbide, de le distinguer de la pseudo-pelade, de l'alopécie favique et des autres alopécies cicatricielles définitives.

M. Hallopeau. — L'étude des alopécies en aires non peladiques est encore incomplète ; on en a décrit de nombreux types cliniques : comme ils sont d'observation rare, du moins pour la plupart, il est difficile de les étudier comparativement et d'en déterminer les relations réciproques.

Parmi ces types cliniques, un des plus nettement caractérisés est celui que constitue la *folliculite cicatricielle décalvante :* elle est caractérisée par la chute des cheveux en plaques multiples assez régulièrement arrondies, de dimensions variant entre celle d'une pièce de 50 centimes et celle d'une pièce d'un franc : leur surface est glabre, non cicatricielle, il n'y a pas de cheveux massués à leur périphérie ; on voit dans leur partie centrale, parfois une pustulette, plus souvent une cicatrice du volume d'un petit grain de chènevis déprimé ; elle peut être recouverte d'une croûtelle ; plus souvent elle est lisse et plus ou moins pigmentée : nous avons rapporté ces alopécies à l'action dépilante des toxines élaborées par l'agent pathogène dont la pénétration dans le derme du cuir chevelu a donné lieu à la formation de la pustulette initiale : le malade que nous avons l'honneur de vous présenter et dont le crâne vient d'être moulé par Baretta, présente un type de cette affection ; elle se distingue de la folliculite destructive de Quinquaud par l'absence de cicatrice dans toute l'étendue de la plaque dénudée, ainsi que de pustulettes à sa périphérie.

Il est une autre forme sur laquelle nous désirons appeler l'attention : c'est celle qui a été décrite par Kaposi sous le nom de *dermatite papillaire* et que Leredde et moi, dans notre Traité, avons rattachée à la chéloïde : cela n'est vrai que partiellement. Kaposi nous paraît avoir réuni sous cette dénomination deux maladies distinctes : l'une est la chéloïde acnéiforme de la région occipitale avec sa disposition en bourrelets irréguliers, ses cheveux raides dissociés ; l'autre est constituée par des élevures grosses comme des têtes d'épingle, d'abord isolées, puis confluentes, et arrivant à se confondre en plaques très dures, pâles ou rougeâtres, ressemblant à des cicatrices chéloïdiennes elles; sont saillantes, séparées par des sillons dans lesquels les cheveux paraissent serrés les uns contre les autres, en aigrette, tandis qu'ils manquent sur les saillies.

Nous avons observé, ces jours derniers, un fait de cette nature.

M. X..., âgé de 30 ans, est atteint, depuis dix ans, d'une maladie du cuir chevelu : elle a débuté par la formation de pustulettes derrière l'oreille droite; puis elle s'est étendue graduellement à tout l'occiput en s'avançant graduellement vers le sommet de la tête qu'elle a atteint et dépassé depuis l'année dernière.

Ces pustulettes se déssèchent assez rapidement et laissent à leur suite des cicatrices saillantes, du volume de petits grains de chènevis, dures, parfois rosées, confluentes, donnant à la peau l'aspect d'un chagrin à élevures relativement grosses, hémisphériques et peu saillantes; à leur niveau, les cheveux sont tombés; dans leurs intervalles, ils sont serrés, groupés en pinceaux, raides, parfois laineux ; on voit souvent des squames à leur base : les intervalles de peau dénudée sont de petites dimensions et entremêlés avec les faisceaux de cheveux altérés, comme il vient d'être dit.

Actuellement encore il y a des lésions en activité : on voit, en effet, au-dessus de la nuque, un certain nombre de pustulettes dont chacune est centrée d'un poil; quelques éléments semblables sont disséminés sur les autres parties du cuir chevelu, jusque dans sa partie antérieure ; les altérations y sont cependant beaucoup moins avancées. Le malade accuse un prurit intense et pénible. Les sourcils et la barbe sont intacts. L'examen microscopique donne des résultats négatifs au point de vue de champignons proprement dits : il s'agit certainement d'une prolifération microbienne non encore déterminée.

Nous ne pouvons rattacher le fait que nous venons de faire connaître à l'acné chéloïdienne de la nuque : il lui ressemble par la présence de saillies, par l'alopécie partielle qu'elle entraîne, par la disposition en petits balais des cheveux persistants ; mais il en diffère par le petit volume des saillies, leur confluence donnant lieu à de larges surfaces, l'aspect grossièrement chagriné, le défaut de divergence des cheveux en balais, l'envahissement de la plus grande partie du cuir chevelu, l'absence complète, à la nuque, des saillies volumineuses à direction linéaire, à contours brusquement irréguliers qui caractérisent ces chéloïdes de la nuque ; pour nous, il s'agit là d'une autre variété de dermatite proliférante du cuir chevelu.

Bulles des doigts.

Par M. Barthélemy.

Dans la dernière séance, M. Hallopeau nous a montré un cas de bulles développées autour d'éléments psoriasiques. J'avoue que le fait ne m'a pas convaincu, et j'espère que notre maître voudra bien à l'avenir nous faire voir des bulles plus véritables développées sur le psoriasis avant que nous puissions admettre, en dehors de bulles accidentelles et d'infections associées, une variété bulleuse du psoriasis.

Mais je désire signaler un fait à la Société : c'est la formation de bulles véritables, considérables, très volumineuses, remplies de sérosité purulente en abondance, dans un certain nombre d'affections habituellement non bulleuses et bulleuses seulement par occasion, et cette occasion est fournie par la localisation même. Chacun connaît la forme bulleuse de la gale des doigts et des mains et il y a, au musée, des moulages où des bulles larges et multiples s'étalent à la paume de la main sous l'influence de la gale : en effet, guérissons la gale et les bulles disparaissent.

Dans un cas que j'ai observé récemment une bulle énorme, survenue dans une nuit, a été le phénomène initial d'un anthrax de la région dorsale phalango-phalangienne du médius. La bulle était remplie de sérosité purulentè, légèrement teintée par du sang. Or, ce n'est qu'après avoir percé et vidé la bulle que j'ai pu apercevoir sa véritable cause : au milieu d'un large médaillon ressemblant à la surface d'un petit vésicatoire, une petite lésion de la grosseur d'un grain de millet et constituée par un bourbillon très petit et typique, qui a suivi ensuite toute son évolution habituelle.

M. Hallopeau. — Dans le cas de psoriasis que nous avons présenté à la dernière séance de la Société, les bulles n'étaient en effet qu'apparentes et l'aspect pseudo-bulleux était uniquement dû à une abondante prolifération épidermique autour des éléments épidermiques. Ce fait a, d'ailleurs, été noté dans l'observation consignée dans les Bulletins de la Société.

Ulcérations professionnelles des mains chez les ouvriers teinturiers en peaux.

Par MM. L. Brocq et Laubry.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société deux malades atteintes d'une lésion ulcéreuse des mains et surtout des doigts, que nous observons assez fréquemment, à la consultation de l'hôpital Broca-Pascal, chez les ouvrières qui teignent les peaux.

Comme vous pouvez vous en convaincre par l'examen de ces malades et par l'étude des belles photographies et stéréoscopies que voici et qui sont dues à notre infatigable collaborateur, M. le Dr Sottas, cette affection consiste essentiellement en une ulcération plus ou moins considérable, minuscule au début, pouvant atteindre jusqu'à un centimètre de diamètre, arrondie ou ovalaire, recouverte d'ordinaire, quand le malade vient consulter, d'une croûte noirâtre profondément enchâssée, entourée d'un bourrelet au niveau duquel les téguments rouges, épaissis, pouvant même être adhérents aux parties profondes, sont recouverts d'un épiderme lisse, blanchâtre, de telle sorte que la lésion dans son ensemble a un vague aspect d'œil

d'oiseau, d'où, semble-t-il, les noms singuliers de rossignol, de pigeonneau, de tourtereau, etc., que le public lui a donnés. Quand on fait tomber cette croûte, on se trouve en présence d'une ulcération profonde, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, pouvant avoir jusqu'à 3 ou 4 millimètres de hauteur, à fond irrégulier recouvert de pus.

Les douleurs sont plus ou moins vives, suivant les sujets et suivant les localisations. Atroces quand la lésion siège au bout des doigts comme chez les ouvriers qui font le travail des rivières, elles sont beaucoup moins violentes chez les teinturières, chez lesquelles elles consistent en un mélange de cuissons, de démangeaisons, de douleurs vraies avec élancements. C'est ce qui explique comment ces dernières peuvent continuer à travailler encore pendant un certain temps après le début du mal et peuvent arriver à constituer les pertes de substance relativement considérables dont nous venons de parler, qui peuvent laisser des cicatrices énormes et mettre des semaines à guérir, comme chez l'une de ces deux malades.

Chez les teinturières en peaux, le lieu d'élection de ces lésions semble être la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main gauche ; mais elles peuvent aussi s'observer au niveau de la face dorsale des autres doigts, et surtout vers les articulations des phalanges où elles débutent sous la forme d'une crevasse ou d'une éraflure quelconque. C'est la main gauche qui semble être la plus atteinte chez elles ; c'est avec cette main qu'elles tiennent la sébille avec laquelle elles puisent la matière colorante dans le récipient où elle se trouve pour la répandre sur la peau qu'elles brossent avec la main droite. Cependant la main droite peut, elle aussi, être atteinte, ainsi que vous le voyez chez une de nos malades.

Ces ulcérations semblent dépendre de l'action sur les téguments légèrement excoriés par une cause première quelconque, des liquides irritants qui entrent dans la composition des teintures maniées par les ouvrières. Nous devons faire remarquer cependant que, d'après les manufacturiers, elles ne manieraient que des préparations ammoniacales comme mordant, et comme teinture que du bois de campêche et du sulfate de fer : il est possible, toutefois, qu'il entre en outre dans le mordant de l'acide chromique et de la potasse ; d'autre part, le pigeonneau, d'après les gens de la partie, s'observerait surtout chez les ouvriers des rivières et chez les ouvriers des pelains, et il paraît résulter chez eux du maniement de la chaux et de l'orpiment, mais surtout de la chaux. On pourrait donc se demander si ces lésions ne proviendraient pas, chez les teinturières, du maniement des peaux qui leur arrivent imprégnées de ces substances. Ces questions sont à revoir, et nous nous proposons de les étudier plus à fond dans un article complet que nous préparons à ce sujet.

Faisons remarquer, en terminant, une coïncidence assez curieuse: les deux femmes, que nous vous présentons aujourd'hui, sont toutes les deux atteintes de syphilis tertiaire. L'une d'elles a une perforation du voile du palais ; l'autre a une gomme de la cuisse et une syphilide tuberculo-squameuse de la jambe droite et des syphilides végétantes papillomateuses des régions malléolaires internes des deux membres inférieurs. Il est inutile de dire que nous n'insistons pas outre mesure sur cette particularité ; il est permis toutefois de se demander si la syphilis ne met pas certains malades en état de moindre résistance aux contacts irritants : ce point mérite de nouvelles recherches.

Le pigeonneau n'est pas une lésion inédite : son existence a été déjà signalée par Armieux, Tardieu, Bongrand, Layet, Bazin, etc. ; mais les descriptions qui en ont été données sont incomplètes, insuffisantes : il nous a donc paru intéressant et utile de reprendre cette question.

Syphilis de la face.

Par M. DU CASTEL.

R..., 19 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter chez les parents.

Une sœur morte, à 3 mois, de cause inconnue.

Un frère mort, à 3 ans, du croup.

Une sœur (15 ans) et un frère (17 ans) : tous deux bien portants.

Antécédents personnels. — Rien de particulier dans la première enfance. Élevée au sein par une nourrice ; a une sœur et un frère de lait très bien portants.

A 7 ans, bronchite assez intense, guérie au bout de trois mois.

A 9 ans, accident qui marquerait pour elle le début de la maladie actuelle ; la malade se serait heurtée violemment le nez avec un crochet en os.

Trois mois après, apparut au-dessus de l'aile du nez et de la narine droite une petite élevure rouge. La malade mouchait du pus et du sang.

Diverses applications de pommades furent faites sans aucune efficacité, mais sans que la petite tumeur augmentât sensiblement; elle était alors âgée de 11 ans. On diagnostiqua un kyste qui fut opéré, puis cautérisé au nitrate d'argent.

Après cette intervention, la lésion s'étendit sous forme d'une plaque rouge et croûteuse atteignant d'abord toute la moitié droite du nez, gagnant ensuite la joue droite, l'espace intersourcilier, la lèvre supérieure, le côté gauche du nez. Une plaie se formait au niveau du malaire gauche, et laissait échapper du sang mêlé de pus.

Le nez s'affaissait progressivement et de petits fragments d'os étaient expulsés de temps à autre avec le pus fétide que la malade mouchait.

Les dents commencèrent à tomber vers l'âge de 15 ans ; successivement, les incisives qui n'étaient nullement altérées, les deux canines et les pré-

molaires du côté droit. Les dernières dents tombées sont la canine et une prémolaire gauche, qui furent expulsées il y a deux mois ; et leur chute fut bientôt suivie de l'élimination d'un séquestre osseux au même niveau ; l'haleine était, depuis l'âge de 14 ans, extrêmement fétide.

Actuellement. — État général assez bien conservé. Rien à relever dans l'examen du corps.

La figure présente une large tache chéloïdienne et cicatricielle par places, croûteuse en d'autres points, limitée au-dessus de la région médio-frontale par une lisière rouge, croûteuse et circinée ; le nez est affaissé ; à droite la lésion envahit la région malaire, la partie interne de la joue gauche, la lèvre supérieure et encadre à droite et à gauche la lèvre inférieure le long des sillons géniens antérieurs.

La pointe du nez et le bord libre des narines ont conservé un aspect normal ; la région malaire gauche est un peu affaissée et il existe de l'exophtalmie de l'œil droit.

L'examen de la bouche montre une altération notable de la gencive supérieure, cicatricielle et dépourvue de dents sur la plus grande partie de son rebord ; une dent ayant l'aspect et occupant la place de la deuxième incisive droite semble émerger du rebord alvéolaire ; au dire de la malade, ce serait une dent de récente apparition. Il existe encore 3 dents, 1 prémolaire et 2 molaires à gauche, 1 molaire à droite.

L'examen du nez montre à droite la carie de l'os du cornet inférieur qui constitue un séquestre mobile. La cloison est respectée.

Traitement. — Première injection de calomel au niveau de la fesse, le 11 janvier.

La malade a eu ensuite un érysipèle de la face, qui la retint dix jours au lit. On reprit le traitement ensuite, et la malade a eu depuis lors deux nouvelles injections de calomel. Sous l'influence de ce début de traitement la lésion s'est sensiblement amendée. La zone périphérique d'aspect inflammatoire s'est affaissée, rétrécie ; les croûtes sont tombées ; la fétidité insupportable de l'haleine a considérablement diminué.

Gommes syphilitiques ou tuberculeuses.

Par M. Du Castel.

V..., 22 ans, blanchisseuse.

Début de la maladie actuelle, il y a un an, par une petite nodosité en dedans du mamelon ; rien n'était visible à la surface à ce moment. Bientôt après, rougeur violacée de la peau qui s'étendit peu à peu et forma une plaque : aujourd'hui la plaque est rectangulaire et allongée, mesure 5 centimètres sur 10 ; elle est d'un rose violacé ; elle repose sur une base indurée semblant s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané, mais mobile sur les plans musculaires. L'induration n'est pas uniforme ; elle donne la sensation de noyaux.

Il y a six mois environ, des douleurs se firent sentir dans la profondeur de l'avant-bras et furent traitées comme rhumatismales ; sur le bord interne de l'avant-bras près du poignet, on voit deux petites taches violacées

de 1 et 2 centimètres de diamètre : ces lésions reposent sur une base d'induration énorme ; celle-ci est composée de noyaux agglomérés : ces noyaux présentent une induration chondroïde du volume d'un grain de raisin ; aucun de ces noyaux ne présente de ramollissement. Quelques-uns paraissent disposés suivant des tractus longitudinaux, comme s'il s'agissait de lymphangites noueuses.

Toutes ces lésions sont d'ailleurs actuellement indolores, et la malade se sert du bras gauche aussi bien que du bras droit.

On ne trouve nulle part de tuméfaction ganglionnaire, ni à la région épitrochléenne, ni dans l'aisselle, ni au cou.

L'interrogatoire de la malade ne fournit aucun renseignement intéressant au point de vue des antécédents morbides ; il n'est possible de trouver ni chez elle-même, ni dans son entourage, mari, frères et sœurs, parents, aucune tare tuberculeuse ou syphilitique.

(Observation recueillie par M. Weil, interne du service.)

Un fait me paraît indiscutable, c'est que nous sommes en présence de gommes : où la difficulté commence, c'est quand il s'agit de décider la nature de ces gommes.

Sont-elles syphilitiques ou tuberculeuses ?

Il serait bien tentant d'admettre qu'elles sont syphilitiques ; mais la couleur violacée des lésions cutanées leur donnant plutôt l'aspect d'une altération bacillaire que d'une ulcération syphilitique, me paraît devoir imposer quelques réserves.

Je crois qu'il faut attendre les résultats du traitement spécifique dont l'essai me paraît absolument indiqué.

M. Brocq. — Je soigne actuellement, dans mon service de l'hôpital Broca, une malade qui présente des lésions analogues à celles-ci. Les résultats d'une biopsie pratiquée par mon interne M. Laubry m'ont engagé à appliquer le traitement antisyphilitique. Il a malheureusement été mal supporté et nous avons dû le suspendre momentanément ; mais quoiqu'il ait été fort incomplet, il a déjà produit une amélioration notable. Je n'ai pas étudié suffisamment la malade qu'on nous présente pour poser un diagnostic ferme, mais j'incline à croire qu'il s'agit de lésions syphilitiques.

M. Du Castel. — Les lésions de l'avant-bras, chez cette femme, consistent non en une infiltration diffuse, mais en de simples amas nodulaires durs. J'insiste sur la teinte violacée de quelques-unes des lésions qui est plutôt en faveur de leur nature tuberculeuse. En tout cas, le traitement antisyphilitique doit être et sera essayé.

M. Barthélemy. — Je suis de l'avis de M. Brocq ; il est malaisé de donner une opinion précise sur un sujet qu'on n'a pas suivi. Je ne puis donc qu'émettre un diagnostic de clinique instantanée : je pense que non seulement à cause de la coloration de la lésion mammaire, mais à cause même de la disposition des masses dans le tissu sous-cutané de l'avant-bras gauche, il me semble qu'il s'agit bien de gommes crues, de gommes rapprochées les unes des autres mais indépendantes dans leur évolution

respective et non encore fusionnées. Si le traitement intervient, la guérison se fera complète et rapide ; sinon des ulcérations se montreront, après un processus ultérieur où les gommes se seront conglomérées, et aboutiront à une syphilide ulcéreuse en nappe pouvant devenir mutilante ; j'ai assisté jadis à un processus de ce genre dans un cas où précisément le diagnostic de tuberculose était maintenu à tort.

M. Besnier. — Il est un peu humiliant de constater combien le diagnostic peut être incertain, même en présence de lésions objectives, et qu'on a, pour ainsi dire, sous la main. Je demanderai à M. Fournier s'il a déjà observé de petites gommes syphilitiques ainsi cohérentes sur les membres.

M. Fournier. — Il y a une telle ressemblance objective entre ces lésions et d'autres absolument distinctes de la sýphilis, que les signes objectifs n'ont pas, à mon avis, de valeur démonstrative et qu'il ne faut se fier qu'aux résultats du traitement.

Ici, je crois fermement à la nature syphilitique des lésions en raison de leur aspect que j'ai comparé à une « criblure en coup de plomb ». Il y a ici une réunion en bouquets des éléments morbides, que je crois significative en faveur de la syphilis ; les tuberculides, en effet, se groupent bien rarement de la sorte.

Je répondrai à M. Besnier que j'ai observé déjà des gommes syphilitiques cohérentes de l'avant-bras. Je ferai toutefois des réserves sur la nature semblable des lésions qu'on trouve ici sur le sein et sur l'avant-bras. Il est, en effet, des fibro-lipomes qui simulent des gommes.

M. Du Castel. — Je ne puis supposer que la nature des lésions soit ici dissemblable; elles sont toutes ou syphilitiques ou tuberculeuses. Elles ont d'ailleurs débuté simultanément. Le début a été marqué par des douleurs vives, qui ont d'abord fait croire à du rhumatisme, et qui est plutôt en faveur de la syphilis.

M. Besnier. — Avant de recourir au traitement antisyphilitique, ne pourrait-on recourir à d'autres moyens susceptibles d'assurer le diagnostic ?

M. Darier. — La biopsie, à laquelle fait allusion M. Besnier, pourrait conduire au diagnostic ; mais dans le cas actuel il faudrait qu'elle fût faite larga manu et comprît au moins un demi-centimètre cube de tissus. Aussi l'épreuve thérapeutique me paraît-elle plus simple et, en tout cas, moins pénible pour la malade.

M. Besnier. — Il serait utile que M. Du Castel voulût bien faire mouler les lésions qu'il nous a présentées et nous donner, dans une prochaine séance, les résultats du traitement.

Lèpre oculaire.

Par M. Galezowski.

La malade que je présente à la Société vient du service du notre éminent confrère, M. le Dr Tenneson.

Elle est native de Nice, âgée de 26 ans, et déclare que c'est dans ce pays qu'elle a contracté le mal.

Les deux yeux ont été pris de kératite lépreuse qui a amené la perforation et la destruction de la cornée gauche. Quant à l'œil droit, il est atteint actuellement d'une taie superficielle et centrale de la cornée ; la vue est conservée, mais avec diminution de l'acuité visuelle. Si on examine la surface de la cornée avec un fort grossissement, on constate un soulèvement de l'épithélium, ce qui semblerait constituer une nouvelle rechute.

En présence de ces accidents, on doit se demander quel est le mode d'évolution de la lèpre oculaire ? Je crois nécessaire d'expliquer ici, en quelques mots, mon avis à ce sujet.

La lèpre, en général, atteint la paupière, les sourcils, et de là se porte sur la conjonctive et le globe de l'œil ; tantôt nous la voyons sous forme herpétique avec anesthésie de la cornée, tantôt elle se porte sur le bord sclérotical et l'iris, comme, du reste, MM. Jeanselme, Hirschberg et d'autres l'ont démontré.

Mais ce que je m'attache surtout à démontrer, ce sont les lésions qui existent sur la choroïde et dont il n'a pas encore été question.

J'ai, depuis une dizaine d'années, examiné avec soin plusieurs lépreux venus en consultation à ma clinique, et j'ai constaté qu'il existe très souvent des taches atrophiques choroïdiennes analogues à celles que je présente sur les planches en couleur ci-jointes, et qui ont un caractère propre à la lèpre.

Au début, elles sont très peu nombreuses et peu à peu elles augmentent dans de grandes proportions.

Est-ce une forme de choroïdite bacillaire (bacille de Hansen) ou bien sont-elles le résultat d'une irritation nerveuse secondaire, comme pensent quelques auteurs ?

Quant à moi, je suis tout à fait de l'avis de M. le Dr Darier, lorsqu'il dit qu'il n'y a qu'une seule variété de lèpre, qui est celle produite par le bacille de Hansen.

En ce qui concerne l'anesthésie de la cornée, que les auteurs attribuent spécialement à l'ulcère lépreux, je crois pouvoir affirmer que cette anesthésie existe dans toutes les ulcérations de la cornée, produites par n'importe quelle cause lorsqu'elles dépassent la membrane de Descemet.

M. Besnier. — Il est de règle que les lésions oculaires guéries ne récidivent pas.

Je ferai remarquer qu'il s'agit ici d'une lépreuse française, habitant Nice, n'ayant aucun lépreux dans sa famille, et qui n'a jamais quitté son pays. Mais pendant deux ans, elle a passé l'été dans la montagne et y a fréquenté des malades qu'on lui a dit être atteints de lèpre.

M. Galezowski. — M. Besnier dit avec raison que la lèpre oculaire guérie

ne récidive ordinairement pas. J'ai cependant observé un cas de récidive après dix ans ; il se peut qu'alors la guérison ne fût qu'apparente.

M. Hallopeau. — C'est le cinquième cas de lèpre que je vois originaire des environs de Nice.

M. Brocq. — Il me souvient avoir observé, pendant que j'étais l'assistant et le collaborateur du regretté E. Vidal, plusieurs cas de lèpre originaires des environs de Nice, surtout de la Turbie. Le regretté Leloir a étudié des foyers lépreux à la Turbie.

Mort subite chez les enfants hérédo-syphilitiques.

Par M. A. Fournier.

Je désire ajouter d'abord quelques mots à une observation qui vous a été présentée dans notre précédente séance par MM. Gastou et Detot, relativement à un cas de mort subite chez un enfant hérédo-syphilitique, puis vous relater ensuite un nouveau cas de même ordre que j'ai recueilli depuis lors.

I. — Bien qu'affectée d'une syphilide assez intense et présentant un foie volumineux, la petite fille qui fait le sujet de l'observation recueillie dans mon service par MM. Gastou et Detot était une enfant d'assez belle apparence, prenant bien le sein, ne vomissant pas, ne toussant pas, apyrétique, et n'ayant pas maigri. A part quelques épistaxis et un peu de diarrhée, elle n'avait offert aucun symptôme de nature à nous inquiéter, et nous espérions, grâce au traitement spécifique qu'elle supportait fort bien (frictions mercurielles et iodure de potassium), la tirer d'affaire.

Le 4 juillet, je perçus dans sa poitrine quelques râles muqueux disséminés, mais aucun signe de foyer, aucun souffle. Du reste, apyrexie, et nul trouble important de l'état général.

La journée du 5 se passa sans incident.

Le 6 au matin, l'enfant était encore en bon état apparent. On nous dit cependant qu'elle présentait un léger coryza et qu'elle semblait oppressée. Je l'auscultai encore avec le plus grand soin, me méfiant de ces pneumonies latentes qui sont si communes chez nos enfants hérédo-syphilitiques, mais je ne découvris absolument rien de nature à inspirer quelque alarme.

La journée ne fut signalée par aucun autre symptôme. Le soir seulement, l'enfant fut prise d'une nouvelle épistaxis plus abondante que celle des jours précédents, puis la dyspnée augmenta quelque peu, sans dépasser celle cependant qui peut résulter d'un coryza. Si bien que la religieuse de nos salles « ne jugea même pas à propos de mander l'interne de garde ».

Dans la nuit, l'enfant s'assoupit ou sembla s'assoupir. On crut qu'elle dormait. Elle était morte.

Ces morts subites, inattendues, ne sont pas rares dans l'hérédo-syphilis. J'en ai déjà signalé plusieurs cas. En voici un autre spécimen, qui mérite bien aussi d'être cité.

II. — L'enfant X... est né à terme d'une mère saine et d'un père dont l'infection syphilitique datait exactement de huit mois au moment de la conception, mais qui s'était rigoureusement traité depuis le début de sa maladie.

Lors de sa naissance, c'était un enfant moyen, d'assez bonne apparence et du poids de 3,400 gr. Nourri au lait stérilisé, il progressa d'une façon tout à fait satisfaisante, comme en témoigne sa courbe d'accroissement. Si bien qu'à 7 mois il pesait 8 kilog. 370 gr. Il ne présenta jamais le moindre symptôme de syphilis héréditaire, non plus que le plus léger malaise.

Il avait exactement 10 mois, et c'était alors, suivant le dire de ses parents et de son médecin, mon distingué collègue le Dr C..., un enfant « magnifique », lorsqu'il mourut presque subitement l'un de ces derniers jours. Ce jour-là, il se réveilla bien portant encore, d'apparence tout au moins. Il vomit le matin, et peu après sa bonne remarqua qu'il avait le visage « singulier », les yeux « comme retournés, de travers, et tout blancs par instants ». Il était cependant assez gai et jouait sur son lit, quand on s'aperçut vers midi qu'il ne se servait plus pour jouer que de sa main droite, la gauche restant inerte et « comme morte ». De même, il ne remuait plus que la jambe droite. Vers 2 heures, il sembla s'endormir ou plutôt perdre connaissance. A 3 heures, il fut pris « du râle », sembla oppressé, et cependant ne toussa pas une seule fois. L'auscultation ne révélait rien de suspect dans sa poitrine.

Il resta inerte de la sorte tout le reste du jour, puis mourut vers sept heures du soir.

M. Leredde. — Les faits rapportés par M. Fournier soulèvent une question très grave : tout enfant, en apparence bien portant, né de parents atteints de syphilis virulente, doit-il être soumis au traitement antisyphilitique ?

M. Fournier. — C'est en effet une question très grave. Je n'hésite pas à y répondre par l'affirmative. L'événement a démontré qu'on aurait eu raison de soumettre au traitement le dernier enfant dont j'ai parlé, comme aussi la mère pendant sa grossesse.

Pelade, lésions dentaires, hypotonie et viciation urinaire.

Par M. L. Jacquet.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade à propos duquel une menue contestation de fait s'est élevée lors de la séance dernière, entre M. le professeur Fournier et moi; ce malade appartenant au service de M. Fournier lui-même, vous ne trouverez pas surprenant de me voir d'abord rendre hommage au libéralisme éclairé de ce maître qui me fournit spontanément le moyen de faire valoir ma propre opinion.

Me référant à un travail publié dans la *Presse médicale* (1), où je

(1) L. Jacquet. Les rappports de la pelade avec les lésions dentaires. *Presse médicale,* novembre 1900, n° 93.

m'efforçais d'établir certaines affinités entre les lésions dentaires et la pelade, j'avais interrogé ce malade sur ses antécédents familiaux à ce point de vue, examiné sa denture et affirmé que la relation odonto-pilaire se trouvait en jeu. Sans parler de l'*interprétation*, qui n'est pas ici en cause, la réalité du fait lui-même, à savoir le mauvais état de la dentition en ce cas, fut contestée par certains de nos collègues. Or, il m'importe d'établir du moins que les faits allégués par moi sont consciencieusement et minutieusement observés et, ayant été impuissant à obtenir de mes collègues qu'ils veuillent bien, en se plaçant dans les conditions requises, regarder les dents de ce malade, j'ai trouvé, grâce à notre éminent président, un moyen de forcer chacun d'eux à les voir.

Voici le moulage de la mâchoire inférieure litigieuse (1), qu'a bien voulu exécuter pour moi M. de Marion : il fera, je pense, reconnaître que mon affirmation était fondée. En outre, M. de Marion a fait le relevé minutieux des altérations dentaires : Il en résulte qu'une dent de sagesse n'a pas évolué ; qu'une molaire a dû être extraite ; que sept dents sont complètement détruites par la carie; que quatre autres sont atteintes d'altérations du premier et du second degré.

Voici, d'autre part, les antécédents familiaux dentaires ; ils sont plus significatifs encore :

Père : névralgies dentaires fréquentes, mais dents conservées.

Mère, 62 ans aujourd'hui : dès 50 ans, mâchoire « complètement démantelée » ; depuis deux ans, n'a plus *une seule* dent.

Frères et sœurs, au nombre de neuf : *tous* ont de très mauvaises dentitions.

Collatéraux de la ligne maternelle : avaient *tous* « la mâchoire défectueuse dans un âge peu avancé ».

Il va sans dire que je me garderais de rien conclure d'après ce seul fait ; aussi bien, lors de la séance précédente, m'étais-je borné à le rapprocher de la statistique que j'ai récemment publiée, et j'ajoute que le plus grand nombre de mes malades avait été examiné et *qualifié*, au point de vue dentaire, par un stomatologue des plus compétents, le Dr Frey.

L'observation entière de ce malade est d'ailleurs, pour moi, du plus haut intérêt, et mérite d'être publiée *in extenso*, et même, pour une part, telle que ce malade lui-même l'a fort intelligemment recueillie à mon intention. Je me bornerai pour aujourd'hui à la remarque suivante : j'ai insisté, dans un travail récent (2), sur la tendance à l'hypotonie des tissus d'origine mésodermique, constituant une sorte d'atmosphère à la pelade (varices, varicocèle, hémorrhoïdes, hernie, ptoses diverses,

(1) Ce moulage n'a pu être figuré et reproduit en temps voulu.

(2) L. JACQUET. Nature et traitement de la pelade. *Annales de Dermatologie*, 1900, p. 583.

etc...). Or, dans la famille de ce malade, tout le monde est variqueux à un très haut degré ; lui-même est varicocellique, hernieux et hémorroïdaire.

Enfin, j'annonçais que l'analyse révèlerait chez lui des troubles urinaires qu'on pouvait prévoir notables : or, il est polyurique, hypophosphaturique, hyperchlorurique et albuminurique. Je n'insisterai pas, car nous nous proposons, M. Portes et moi, de vous soumettre à la prochaine séance un travail d'ensemble sur ce sujet.

Kératose symétrique des extrémités.

Par M. G. Baudouin.

Voici une femme âgée de 52 ans qui présente une kératose symétrique des extrémités. A la paume des mains, l'épaississement corné de l'épiderme est limité aux parties centrales de la région et comparable objectivement à ce que l'on voit quelquefois dans l'eczéma chronique palmaire. Aux pieds, le développement des lésions dépasse tout ce que nous montrent, à cet égard, les moulages réunis au musée de l'hôpital Saint-Louis. En effet, la kératose forme un revêtement corné, sec, dur, épais, de couleur jaune sale, se soulevant par places en larges et longues lames, et engaine les régions plantaires en les débordant, à la manière d'une sandale. Plus épaisse au niveau des points de frottements et en particulier à la partie interne et postérieure du talon droit, elle forme une proéminence irrégulière et pointue qui déborde de plusieurs centimètres. Aux extrémités libres des orteils, des lésions semblables gagnent les ongles qui sont incurvés, épaissis, irréguliers. Le derme sous-jacent est le siège d'une congestion qui déborde les plaques kératosiques et les entoure d'une aréole érythémateuse.

Sauf deux petites plaques de kératose aux genoux, nous ne rencontrons sur toute la surface du corps aucune autre lésion ayant un rapport quelconque avec celles des pieds et des mains. Celles-ci, d'ailleurs, sont peu anciennes, relativement à l'âge de la malade. Aux pieds, elles ont débuté il y a douze ans par des durillons limités d'abord aux talons et qui disparaissaient lorsque la malade, alors porteuse de pain, se reposait, pour reparaître dès que celle-ci reprenait son métier fatigant. Au bout de deux ans elles s'étaient assez développées pour devenir un obstacle sérieux à la marche. La pauvre femme dut alors renoncer à sa profession. Cette fois elles ne rétrocédèrent plus, et c'est alors seulement qu'apparurent les altérations palmaires. Quant aux plaques des genoux, elles remontent à deux années seulement et semblent devoir être imputables à l'habitude qu'a la malade, depuis cette époque, de se mettre à genoux pour laver son linge.

M. Leredde. — Les lésions unguéales et les lésions du genou et les troubles séborrhéiques du cuir chevelu me font croire qu'il s'agit ici d'un cas de psoriasis hyperkératosique.

Note sur l'état des dents dans la syphilose du maxillaire supérieur.

Par M. Moty.

La courte note qui suit repose sur une observation tristement intéressante de syphilis héréditaire ignorée.

Elle a trait à la fille d'un officier mort jeune, vers 1860, laissant une veuve et deux enfants, dont l'aînée était une fille. On n'observa d'abord rien de particulier chez les enfants ; vers l'âge de huit ans, la jeune fille, d'apparence normale et d'une intelligence vive, remarqua qu'elle mouchait des débris d'aspect particulier, mais personne n'y prit garde. Vers l'âge de onze ans, elle commença à se plaindre de douleurs extrêmement vives dans le maxillaire supérieur et dans toute la tête, et enfin son palais s'effondra ainsi que la charpente osseuse de ses fosses nasales, sans que la nature du mal paraisse avoir été reconnue.

Appelé à voir la malade en 1892, je me trouvai en présence d'un désastre accompli du côté des os du nez et des maxillaires supérieurs chez la jeune fille alors âgée de trente et quelques années, et chez sa mère d'une cirrhose probablement syphilitique du foie qui ne tarda pas à déterminer une ascite mortelle, une tentative de traitement par l'iodure s'étant montrée totalement inefficace. Le fils était mort de coxalgie vers l'âge de 16 ans. La jeune fille qui, outre l'effondrement des os de la face, présentait des vergetures sur tout le corps, fut soumise au même traitement en vue de combattre les douleurs céphaliques et la suppuration osseuse fétide dont elle souffrait depuis une vingtaine d'années. Ces traitements iodurés, suivis au printemps à plusieurs reprises depuis cette époque, ont amélioré lentement la situation sans faire disparaître complètement les douleurs céphaliques, mais en enlevant la fétidité des fosses nasales.

Le seul point de cette observation de syphilis héréditaire ignorée sur lequel je me propose d'insister, concerne l'état des incisives et des canines supérieures. Je remarquai, en effet, que ces dents chevauchaient les unes sur les autres de telle sorte que l'incisive médiane droite se trouvait exactement en avant de la gauche et que la canine était fortement déviée en dedans de la première petite molaire ; de plus, toutes ces dents étaient mobiles et douloureuses, bien qu'aucune ne fût cariée. En examinant l'intérieur des fosses nasales, on voyait deux saillies noirâtres dures qui étaient évidemment des racines de dents dénudées, et en exerçant de légères pressions sur l'incisive médiane droite, mobile et douloureuse, on constatait que ces mouvements se transmettaient à la plus antérieure des saillies noirâtres du plancher des fosses nasales ; il y avait enfin un prognathisme acquis du maxillaire inférieur par rétrocession du maxillaire supérieur. Les molaires avaient conservé toute leur solidité et n'étaient pas douloureuses à la percussion ; il restait une fistule palatine latérale gauche communiquant avec le pharynx nasal, et en avant de cette fistule une adhérence fermant complètement les fosses nasales, de telle sorte que les larmes et les sécrétions du sinus s'écoulaient par l'orifice antérieur de l'hiatus nasal.

En examinant les racines dénudées sur le plancher des fosses nasales, on remarquait qu'elles étaient comme tronquées, et, ainsi qu'on peut le voir sur l'incisive médiane droite que j'enlevai en 1894 à cause des douleurs et de la gêne qu'elle occasionnait, cette racine, baignant constamment dans un liquide putride, a subi une sorte de fonte qui a quelque analogie avec une carie lente et qui a déterminé une dépression cupuliforme au niveau de l'apex de la racine ; le canal dentaire est considérablement élargi, comme il est facile de s'en rendre compte sur la dent sectionnée suivant un plan vertical antéro-postérieur. Ce phénomène est probablement de nature trophique et attribuable soit à la syphilis, soit à l'inflammation du paquet vasculo-nerveux qui a précédé le sphacèle de la pulpe ; la persistance d'un étranglement entre l'érosion cupuliforme et le canal dentaire élargi ne permet pas, en effet, de lui attribuer une cause uniquement chimique. Les dents, devenues très mobiles à la suite de la première poussée d'ostéite, vers la douzième année, ont repris peu à peu un certain degré de fixité, mais trois d'entre elles sont tombées spontanément, les deux incisives latérales et la canine gauche.

Voici donc comment auraient évolué ces lésions :

On sait que la syphilis tertiaire de la face débute le plus souvent sur le vomer, se porte ensuite vers la partie postérieure et la face supérieure de la voûte palatine qu'elle détruit plus ou moins complètement en même temps qu'elle remonte plus ou moins haut vers l'ethmoïde et les os du nez et du crâne ; en avant et en bas elle se propage sur la ligne médiane vers l'arcade dentaire supérieure qui s'atrophie peu à peu dans toutes ses dimensions, de telle sorte que les dents deviennent mobiles et tendent à chevaucher les unes sur les autres jusqu'aux petites molaires exclusivement.

Comme l'atrophie se produit également en hauteur, l'arcade devient trop étroite dans le sens vertical pour encadrer les alvéoles, de telle sorte que l'apex des incisives et des canines finit par se trouver à nu dans la cavité nasale qui est elle-même à ciel ouvert ; on voit alors, émergeant au-dessus de la muqueuse, des saillies noires de consistance éburnée que nous avons signalées. Les dents restent parfaitement intactes en apparence ; mais, sous l'influence de la carie des maxillaires, leurs faisceaux vasculo-nerveux sont détruits avec les canaux qui les contenaient, de telle sorte que leur pulpe se sphacèle et que l'on est, de toute évidence, en présence de dents mortes qui tendent à tomber spontanément. Ces dents causent de vives douleurs, non par leurs rameaux nerveux propres qui n'existent plus, mais parce que, ne vivant plus qu'imparfaitement par leur périodonte plus ou moins enflammé, leur fixité devient de plus en plus imparfaite, et les mouvements qu'elles subissent sont une cause d'irritation pour l'os malade.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que les traitements spécifiques sont impuissants à remédier au mal. En effet, les dents n'ont pas

assez de vitalité, même chez le sujet sain, pour que les parties de leur surface extérieure dénudées pendant un certain temps puissent reprendre adhérence avec les tissus voisins (on ne peut greffer que des dents fraîches munies de leur périodonte, ou des dents décalcifiées), et bien que l'arrêt du processus raréfiant se marque par la consolidation plus ou moins parfaite des dents les moins atteintes, le seul remède contre la douleur persistante des dents à racines dénudées est donc l'extraction, en tenant compte toutefois de ce fait qu'elles adhèrent encore par la plus grande partie de leur revêtement périodontique resté vivant et que leur extraction n'est indiquée que par la vivacité des douleurs dont elles sont le siège. Extraire une dent, c'est diminuer d'autant les dimensions de l'arcade; mieux vaut donc la laisser en place tant qu'on n'a pas la main forcée. Cette extraction est une opération fort simple en elle-même; mais elle peut présenter une petite difficulté spéciale en raison du chevauchement des dents et du manque de place pour saisir l'une d'elles sans ébranler l'une de ses voisines ; je n'insiste pas sur cette difficulté dont on vient à bout avec des daviers étroits. Je ferai ensuite remarquer que, pour déterminer avec certitude quelle est la dent qu'il faut extraire, il n'y a qu'à imprimer de petits mouvements aux couronnes voisines de la racine saillante dans le nez, et d'examiner si cette racine participe aux mouvements imprimés à la couronne ; l'affirmative ne laisse aucun doute sur la dent à enlever; il importe d'ailleurs d'agir avec beaucoup de ménagements, car l'arcade osseuse, n'étant plus réprésentée que par une faible épaisseur d'os interposé entre les racines, à la manière d'un ciment, se fracturerait assez facilement. Il est une autre remarque qui mérite de fixer l'attention, c'est que l'ablation des dents, dont l'apex dépasse le plancher des fosses nasales, crée de toute nécessité une fistule naso-buccale ; mais ces fistules, au lieu de se fermer rapidement comme on pourrait l'espérer et comme se ferment les fistules de l'antre d'Highmore consécutives à l'extraction de grosses molaires supérieures chez les sujets sains, ces fistules, dis-je, persistent très longtemps en raison de la faible vitalité de l'os et du degré plus ou moins avancé de son atrophie; ainsi la fistule, laissée par l'incisive médiane droite que je dus enlever il y a cinq ou six ans, persiste encore aujourd'hui sans aucune tendance à se fermer et paraît devoir persister indéfiniment. Le patient doit être prévenu de ce fait.

En résumé, la perte et le chevauchement des dents dans la syphilose du maxillaire supérieur résultent de l'atrophie osseuse produite par la carie; la lésion n'intéresse ordinairement que les incisives et les canines, parce que les canaux qui renferment les faisceaux vasculo-nerveux des petites et surtout des grosses molaires sont logés dans la portion postéro-externe du maxillaire qui est respectée par

la carie. L'atrophie de la portion médiane antérieure de l'arcade aboutit à un prognathisme acquis avec chevauchement des incisives et canines supérieures les unes sur les autres pendant que l'apex des dents atteintes vient faire saillie au-dessus du plancher des fosses nasales à travers la muqueuse perforée. Ces dents continuant à vivre faiblement par leur membrane périodontique, il y a lieu de les conserver le plus longtemps possible pour éviter des fistules interminables ; celles qui tombent spontanément se détachent, au contraire, avant d'avoir perforé la muqueuse et ne laissent pas de fistule. Un fait à noter, c'est qu'aucune dent n'a présenté la moindre lésion syphilitique de l'émail bien que la syphilis héréditaire tardive ne paraisse pas pouvoir être mise en doute.

M. Fournier. — L'observation de M. Moty concerne un cas de syphilis héréditaire ignorée. Mais que d'autres cas de syphilis ignorée! Et notamment que de cas de syphilis conceptionnelle ignorée! J'insisterai sur la fréquence de cette dernière. Elle se présente ordinairement de la façon suivante : mari syphilitique, femme saine; un ou plusieurs enfants meurent de syphilis; puis, brusquement, accidents tertiaires quinze ou vingt ans plus tard chez la femme restée saine jusqu'alors. Récemment encore, j'ai donné mes soins à une dame atteinte d'un énorme ulcère spécifique de la jambe; son mari était mort de syphilis cérébrale; elle a eu 5 enfants, dont 3 ou 4 sont morts de syphilis.

Cette dame n'avait jamais présenté aucun accident syphilitique; elle n'en a pas moins eu un accident tertiaire, qui a d'ailleurs guéri rapidement par le traitement.

Ce n'est donc pas toujours impunément qu'une femme est mariée à un sujet syphilitique.

M. Besnier. — Cette question a déjà été soumise à la Société. Afin de l'agiter, j'ai formulé à dessein la proposition suivante: Toute femme qui a conçu d'un mari syphilitique est syphilisée. Une semblable proposition est assurément excessive, puisqu'elle n'est pas susceptible de démonstration directe; qu'elle ne tient pas compte de l'âge de la syphilis du générateur au moment de la fécondation; et enfin que des femmes, ayant conçu de sujets syphilitiques, ont pu contracter, ultérieurement, la syphilis. Mais elle est réelle pour un nombre de cas *plus considérable qu'on ne le pense;* elle réclame une *enquête* nouvelle, et elle mérite d'attirer l'attention plus activement en médecine pratique.

M. Leredde. — Je crois que l'examen histologique du sang peut servir quelquefois à déceler la syphilis latente.

M. Gastou. — Doit-on soumettre au traitement toute femme mariée à un syphilitique et qui devient enceinte, malgré que son mari fût exempt de toute manifestation syphilitique au moment de la conception et qu'elle-même n'ait jamais été contaminée?

M. Fournier. — On ne peut poser de règle absolue à cet égard. Je

n'oserais proposer le traitement à une femme enceinte dont le mari a eu, dix ans auparavant, je suppose, une syphilis dont il s'est bien traité. Mais, quand le mari n'est syphilitique que depuis un laps de temps beaucoup plus court, par exemple depuis huit mois, comme dans le fait que j'ai rapporté, la femme doit assurément être soumise au traitement. Entre ces cas extrêmes, il y a des cas intermédiaires qui doivent être appréciés isolément; c'est une question de tact médical.

M. Gastou. — M. Besnier ayant émis l'opinion que toute femme qui conçoit d'un mari syphilitique est syphilisée, il semble logique de la soumettre au traitement pour éviter à son enfant la possibilité d'une syphilis congénitale à manifestation précoce ou tardive ou les dystrophies de l'hérédité syphilitique.

M. Besnier. — Ce serait logique si ma proposition était une démonstration. Elle ne l'est pas, et la question est à débattre en particulier pour chaque cas, en tenant compte de toutes les circonstances relevées, et, au premier chef, de l'âge de la syphilis chez le générateur au moment où a eu lieu la conception.

On peut dire, par exemple, que la femme doit être soumise au traitement, quand la syphilis du mari ne remonte pas à plus de deux ou trois ans.

M. Barbe. — J'ai observé hier un homme qui a contracté la syphilis en 1892 ; il a un garçon de 4 ans hérédo-syphilitique; sa femme, restée saine en apparence, présente depuis quelques semaines de la leucoplasie buccale.

M. Barthélemy. — Cette question de la syphilisation de la femme par la gestation d'un fœtus engendré par un père syphilitique est des plus passionnantes à cause de son importance, de sa fréquence, de la difficulté qu'il y a à la déceler, de l'inconstance même de sa production ; en un mot, à cause de sa complexité même et de l'obscurité qui l'entoure. Il y a longtemps que j'y réfléchis, sans pouvoir encore préciser les cas dans lesquels elle se produit et ceux où elle n'a pas lieu.

Dès 1889, au Congrès international de Dermatologie de Paris, je faisais une communication sur la *syphilis conceptionnelle latente ou fruste*, et je montrais l'importance de ces faits d'anémie, d'amaigrissement, de pâleur et de douleurs vagues, dites rhumatoïdes, chez les femmes qui avaient fait une couche ou une fausse couche, parfois un an auparavant, lorsque la grossesse avait été déterminée par un géniteur atteint d'une syphilis insuffisamment traitée. Jamais, dans ces cas, il ne s'était montré d'accident nettement spécifique et la syphilisation ne s'était fait connaître que par des symptômes généraux atténués ; dans ces cas, le traitement mercuriel à petites doses souvent répétées est éminemment utile et c'est ainsi qu'il faut entendre l'action tonique du mercure, célébrée par quelques observateurs. La plupart du temps, après deux ou trois ans, les malades triomphent de leur infection qui a été manifestement atténuée et est restée bénigne et n'en entendent plus jamais parler. Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, il y a des explosions tardives d'accidents tertiaires foudroyants

et de la plus haute gravité, comme ceux que viennent de rappeler nos honorés présidents, MM. Besnier et Fournier. Il en est ainsi chez l'homme, comme le fait remarquer M. Fournier, dans certains cas de syphilis ignorée, jamais traitée par conséquent, bénigne malgré cela pendant longtemps et aboutissant à une gomme foudroyante, parfois phagédénique ou d'autres fois rapidement mutilante. Il en est de même parfois ainsi chez les hérédo-syphilitiques, comme nous en avons pu voir un cas chez une jeune femme de 22 ans, M. Burlureaux et moi. Quoi qu'il en soit, la transmission de la syphilis exclusivement paternelle est cliniquement démontrée; et, dans un cas, tantôt la mère peut être atteinte d'une syphilis conceptionnelle à jamais atténuée, tantôt elle peut être atteinte d'une syphilis grave, tantôt au contraire elle peut échapper complètement. Des observations devront être publiées par tous les médecins pour arriver à fixer les lois de ces transmissions ou de ces immunités et pour qu'on découvre enfin dans quels cas le père transmet la syphilis et ceux dans lesquels on reste indemne autour de lui. Il est possible que le traitement mercuriel abandonné, puis repris, nous explique pourquoi certains enfants échappent, et pourquoi d'autres, nés de mêmes parents même après les précédents, sont au contraire atteints de syphilis, comme dans le cas de la jeune fille de 20 ans, vue par M. Fournier, et dont j'ai rapporté ici même l'observation. Quoi qu'il en soit, un père étant syphilitique et ayant engendré avant que son épuration soit complète, des enfants nés de lui ont pu être, les premiers assez indemnes pour prendre la syphilis pour leur propre compte, et les autres, nés ensuite des mêmes parents, être atteints de lésions hérédo-syphilitiques tertiaires manifestes : voilà des faits que l'observation montre certains et pas extrêmement rares. La mère, suivie pendant plus de vingt ans, s'est montrée dans ces cas toujours absolument et complètement indemne. L'inoculation seule pouvait démontrer s'il y a eu ou non syphilisation. Dans d'autres cas, comme ceux que vient de rappeler notre éminent maître M. Besnier, la mère a été profondément atteinte. Mais ce n'est pas une raison pour généraliser et pour juger que toute femme qui a conçu d'un syphilitique doit être syphilisée et doit être traitée. Beaucoup, sans doute, le sont, et beaucoup doivent être mercurialisées pendant leur grossesse. Mais un certain nombre échappe à coup sûr. Depuis 1890, j'en ai rencontré deux cas non douteux. Les premiers maris étaient tous deux syphilitiques, s'étaient mal traités et ont fini par mourir, l'un de syphilis cérébrale, et l'autre d'artériosclérose généralisée et de néphrite. Deux grossesses avaient eu lieu dans chaque ménage et avaient abouti à des fausses couches ou à des enfants nés avant terme et venus morts, sinon macérés.

Toujours est-il que plus tard, quatre ans environ, ces deux femmes eurent à leur tour une syphilis acquise qui suivit l'évolution ordinaire et que je pus observer et traiter pendant cinq ou six ans. Il y a donc des cas où les mères, comme dans d'autres cas certains enfants, échappent complètement à l'infection paternelle. Il est possible que ce soit une règle pour les enfants (et il ne s'agit ici que de l'hérédo-syphilis vraie et non des dystrophies variées de l'hérédité) et une exception pour les femmes et les mères. Ces considérations suffisent, je pense, pour montrer toute la

réalité et toute l'importance pratique et doctrinale de la syphilis conceptionnelle, qu'on l'envisage chez la mère et l'épouse ou qu'on l'étudie chez l'enfant ; car ce sont les deux chapitres qu'elle comporte, et où l'on retrouve la même inégalité et la même inconstance. Ce seraient les conditions qui président à la contamination ou à l'indemnité qu'il faut s'attacher à préciser par l'analyse des faits que chaque médecin peut observer souvent dans la clientèle de ville où les générations sont connues et suivies. Les enfants, nés d'un père ancien syphilitique et d'une mère absolument indemne, peuvent être hérédo-syphilitiques vrais ou seulement dystrophiques (car c'est la dystrophie et non l'atrepsie qu'il convient d'étudier ici), ou bien encore rester absolument sains (voir Thèse de Riocreux) ; dans un de mes cas, le fils aîné était si sain qu'il a contracté la syphilis pour son compte à l'âge de 21 ans ; il était pourtant né à sept mois. Les causes de ces effets différents dans des conditions en apparence semblables ne peuvent être connues que par l'analyse exacte d'un grand nombre de faits.

M. Fournier. — Si, comme le dit M. Besnier, toute femme ayant conçu d'un syphilitique doit être suspectée de syphilis, il y a néanmoins des cas où la femme reste certainement indemne. J'en ai vu quelques exemples démonstratifs, où la femme a contracté la syphilis ultérieurement.

M. Besnier. — Cette discussion montre qu'il y a quelquefois un réel avantage scientifique à émettre une proposition excessive, pour susciter la controverse.

Lymphangite pseudo-syphilitique de la verge et d'origine chancrelleuse.

Par M. Danlos.

Il s'agit d'un malade de 17 ans, présentant un bubon suppuré de l'aine gauche consécutif à un chancre mou.

L'élément intermédiaire entre le chancre et le ganglion est une lymphangite absolument aphlegmasique. Elle naît à la base du gland, sous la forme d'un réseau induré, aboutissant sur le dos de la verge à un cordon monoliforme que l'on peut suivre jusqu'au pubis. Ce cordon, absolument indolore, rappelle typiquement celui qu'on observe souvent à la suite du chancre induré, bien que rien dans l'état du malade ne donne l'idée de la syphilis (apparition du chancre trois jours après le coït, aucune induration, aucun accident consécutif constitutionnel, bien que trois mois se soient écoulés depuis l'éclosion du chancre).

Molluscum contagiosum du cuir chevelu.

Par MM. Balzer et Alquier.

Homme de 71 ans, présente sur le cuir chevelu de nombreux molluscum contagiosum.

Les premières petites tumeurs ont apparu il y a un an sur le sommet de la tête; elles se sont généralisées depuis.

Actuellement, elles sont surtout nombreuses à droite ; on en compte une vingtaine sur la région pariétale et quatre sur la région frontale ; à gauche, on n'en trouve que cinq sur le côté du crâne et deux au niveau de l'occiput. Ces tumeurs offrent des dimensions variant depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes ; ce sont des élevures aplaties avec un orifice central d'où la pression fait sourdre une substance blanche et grasse, analogue au sébum. Les plus volumineuses sont recouvertes d'une légère croûte jaunâtre qui semble attribuable à la dessiccation du contenu. Il faut ajouter qu'après avoir rasé les cheveux, nous en avons aperçu un bon nombre de petites en voie de développement.

Au microscope, la substance blanchâtre contenue dans ces tumeurs se montre formée uniquement de cellules cornées avec un noyau en général peu visible. L'épidermisation est incomplète, le protoplasma renferme de nombreux globes réfringents se colorant en jaune pâle par le picro-carmin. La constatation de ces globes nous semble devoir faire porter le diagnostic de molluscum contagiosum; l'aspect macroscopique est, d'ailleurs, celui du molluscum, bien qu'il offre un peu de ressemblance avec des loupes multiples et petites.

Le cas nous paraît intéressant en raison de l'abondance des molluscum et de leur stricte localisation au cuir chevelu. Nous n'en connaissons d'ailleurs point la raison. Notre malade a présenté, il y a six ans, un zona du trijumeau à la suite de névralgies de ce nerf ; actuellement encore, il se plaint de quelques douleurs dans la région temporale et nous remarquons la trace des vésicules du zona sous forme de cicatrices blanchâtres, déprimées, mais ces accidents ne semblent nullement en rapport avec l'éruption actuelle de molluscum; en effet, le zona était à gauche, tandis que les molluscum sont surtout nombreux à droite.

Il y a environ une trentaine de molluscum sur la tête de ce malade. On a cité des cas où ces tumeurs étaient beaucoup plus nombreuses et même presque généralisées (Kaposi). L'un de nous a observé autrefois, dans le service de M. Fournier, un malade qui en avait toute la tête littéralement couverte et qui de ce fait présentait une apparence cachectique nettement accusée. Ce malade, très pusillanime, ne revint plus dans le service après l'ablation des premiers molluscum.

Le molluscum contagiosum n'est pas toujours une affection exclusivement cutanée. Il peut siéger sur la muqueuse des organes génitaux et l'un de nous a observé deux cas, chez des enfants, dans lesquels un élément siégeait sur la muqueuse de la lèvre inférieure, à un millimètre environ du bord libre.

M. Barthélemy. — Le malade de M. Balzer est atteint de molluscum

contagiosum (acné varioliforme de Bazin) absolument typique. Cette localisation au vertex est intéressante.

Si j'y insiste, c'est parce que je trouve quelques éléments qui s'enflamment. Lorsqu'on observe ces molluscum enflammés à la vulve comme je le fais à Saint-Lazare, on se rend très bien compte que ce sont le point de départ des folliculites décrites par les anciens cliniciens (Huguier, etc.).

J'ai déjà attiré l'attention sur ces faits au Congrès de Nancy, en 1896, pour montrer le point de départ des folliculites périvulvaires.

A cette région, l'inflammation est rapide à cause des sueurs, des mucosités, des irritations provenant de la blennorrhagie, des herpès menstruels et des autres agents microbiens. Lorsque tous ces agents sont associés et qu'il y a en plus des furoncles, des végétations ordinaires, la syphilis ou la blennorrhagie et même des chancres simples, on voit combien l'ensemble symptomatique est complexe; or, c'est la plupart du temps le molluscum intradermique qui est le point de départ et qu'on peut généralement prévenir en détruisant les éléments primitifs, soit par le galvano-cautère, soit par le raclage ou même l'excision suivie de la cautérisation au nitrate d'argent pour empêcher des inoculations ultérieures. Aux régions génito-crurales, le molluscum initial est très profondément incrusté dans la peau et l'incision ou le galvano sont nécessaires à l'exclusion du raclage.

Sur un lichen plan aigu avec production de bulles et desquamation furfuracée.

Par MM. HALLOPEAU et LEMIERRE.

Les éruptions bulleuses ont été déjà signalées plusieurs fois dans le lichen de Wilson, en particulier par l'un de nous et F. Le Sourd; elles constituent cependant une rareté et nous croyons devoir à ce titre signaler le malade dont voici l'histoire résumée :

Le nommé Bl..., âgé de 31 ans, voit se développer au mois de décembre 1900, au niveau de la face dorsale de ses avant-bras, une éruption de petites papules très prurigineuses. Cette éruption gagne peu à peu les bras, puis envahit tout le corps.

Au mois de janvier 1901, le malade vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, où l'on porte le diagnostic de lichen plan généralisé. Le traitement prescrit est : glycérolé tartrique et douches chaudes.

Après une dizaine de jours de traitement, le malade présente l'aspect suivant :

L'éruption de petites papules polygonales, aplaties, brillantes est très confluente sur les avant-bras et un peu moins sur les bras ; elle s'arrête brusquement au niveau du poignet, et l'on ne constate plus sur la face dorsale des mains que quelques éléments isolés.

La tête est respectée ; sur le cou et la face antérieure du tronc, l'éruption est moins confluente que sur les membres supérieurs. Les groupes de papules forment une sorte de réseau sur la poitrine et l'abdomen. Sur

le dos, l'éruption est plus confluente ; elle l'est extrêmement au niveau des fesses.

Sur la verge et le scrotum, les papilles sont plus volumineuses, nettement isolées et ont une teinte livide particulière.

Mais c'est au niveau des membres supérieurs que la poussée de lichen est le plus accentuée. Ceux-ci sont le siège d'une rougeur diffuse et sombre, qui atteint son maximum au niveau de la face interne des genoux et sur les jambes. Sur ce fond rouge, on peut reconnaître les papules de lichen typiques, plus volumineuses que partout ailleurs. Il y a un peu d'œdème malléolaire ; mais il faut dire que le malade présente une albuminurie légère.

Sur toute la surface du corps, on remarque une desquamation assez accentuée.

Le prurit, très vif, a pourtant cédé un peu depuis le début du traitement.

Pendant cette dernière semaine, il est survenu chez ce malade un fait nouveau et particulier. Des bulles ont apparu en différents points du corps. On en constate aujourd'hui une assez volumineuse, siégeant au niveau de l'avant-bras droit et remplie d'une sérosité louche. Sur ce même avant-bras, on remarque des surfaces excoriées, croûteuses, vestiges de bulles qui ont crevé. On en trouve encore, sur l'avant-bras gauche, quatre ou cinq, deux au niveau de la région sous-claviculaire gauche, deux dans le dos. Enfin, et surtout, il en existe cinq ou six de chaque côté à la face interne des genoux et aux jambes.

Il est à remarquer, dans la répartition de ces bulles, qu'elles siègent aux points où la poussée de lichen a été le plus intense, et qu'elles sont d'autant plus nombreuses en un endroit que cet endroit a été plus éprouvé par le lichen. Ainsi les bulles se sont montrées de préférence aux avant-bras et aux membres inférieurs où l'éruption est très confluente.

Il résulte de nos observations que c'est surtout dans les formes aiguës de lichen de Wilson que ces éruptions bulleuses peuvent se manifester ; cependant, chez ce sujet, leur apparition ne semble pas avoir nettement coïncidé avec l'acmé de la poussée ; le malade était déjà en traitement et en voie d'amélioration quand les bulles se sont produites.

Ces éléments ont été remarquables par leurs dimensions relativement considérables.

Un autre phénomène en relation avec l'acuité du processus a été la desquamation furfuracée qui s'est produite en différents points de la surface cutanée, particulièrement sur les parties latérales du cou : il n'est pas rare de voir survenir, dans les formes invétérées de cette maladie, des desquamations concrètes, très adhérentes à la surface des papules ; mais il s'agit ici de tout autre chose : cette desquamation furfuracée, en lambeaux larges et minces, a été manifestement consécutive à l'érythème généralisé qui a accompagné cette poussée aiguë et généralisée de lichen : elle est un des meilleurs témoignages

de l'acuité du processus ; c'est là un phénomène qui est loin d'être banal dans cette dermatose.

Sur un cas d'altérations profondes des cornées survenues secondairement sous l'influence de gommes palpébrales.

Par MM. H. Hallopeau et Lemierre.

Les lésions oculaires qui se développent dans le cours de la syphilis peuvent être de nature très diverse : les unes, comme l'irido-choroïdite, sont dues à l'envahissement de l'œil par le contage : elles sont spécifiques; d'autres peuvent être au contraire attribuées à des infections associées; ce sont celles qui surviennent consécutivement aux altérations des paupières qui laissent à nu le globe oculaire, empêchent les larmes de le protéger et le livrent sans défense aux invasions microbiennes qui y trouvent un milieu de culture.

Déjà l'un de nous a publié, il y a quelques années, un fait d'altérations secondaires des cornées tellement considérables qu'elles ont entraîné une cécité complète et amené la malade au suicide.

Le nommé B..., que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui, est atteint d'altérations analogues survenues dans le cours et sous l'influence d'une syphilis maligne précoce.

Nous résumerons ainsi qu'il suit son histoire en remerciant M. Antonelli d'avoir bien voulu nous prêter pour l'examen ophtalmologique le concours de sa grande expérience.

Le nommé B... contracte, en 1884, une syphilis qui débute par un chancre de la verge.

Cette syphilis prend d'emblée une allure maligne et, deux mois après le chancre, apparaît la première gomme au niveau de la jambe droite.

Depuis ce moment, le malade a eu, tous les ans, des poussées de syphilides gommeuses, ulcéreuses, ou serpigineuses, de sorte qu'aujourd'hui il a le corps criblé de cicatrices.

Celles-ci se rencontrent sur les membres supérieurs et inférieurs, sur le tronc, sur la face. On constate une altération importante du gland. Il est réduit de moitié; ce qui en reste est ratatiné et cicatriciel; le frein a complètement disparu. Le canal de l'urèthre a été détruit dans sa partie terminale sur une étendue de plus de deux centimètres, de sorte qu'aujourd'hui le malade semble avoir de l'hypospadias.

Enfin, on trouve actuellement des syphilides serpigneuses en évolution au niveau du cuir chevelu et de la nuque. A la main droite existent des lésions qui ont l'aspect de tuberculose verruqueuse et qui n'ont pas été influencées par le traitement antisyphilitique.

Les lésions destructives semblent avoir atteint leur maximum d'intensité au niveau des paupières des deux côtés.

En 1885, le malade, étant à Lyon, a commencé à souffrir d'une gomme à la paupière supérieure de l'œil gauche. Quatre mois après, la paupière supérieure de l'œil droit était prise à son tour. Ces gommes ont subi la fusion puriforme, dans l'espace de quelques mois, s'ouvrant du côté de la peau. « Après guérison de la plaie — dit le malade — il n'y avait plus de paupières. » Cependant, à la paupière inférieure, de chaque côté, l'affection a commencé peu de temps après, vraisemblablement à cause du contact de la paupière supérieure, dont le bord ciliaire tombait très bas et était recouvert de sécrétion puriforme. Il faut ajouter, aux causes de blépharite, une série d'affections érysipélatoïdes, dont le malade a souffert, à la face, presque chaque année, depuis 1889.

En 1888, il a été opéré, à Lyon, d'abord à l'œil gauche, et, quelques mois après, à l'œil droit droit. D'après ce qu'il nous dit, et d'après les cicatrices visibles, le chirurgien a voulu pratiquer une blépharoplastie (à lambeau pédonculé) pour la paupière supérieure de l'œil gauche, et une canthoplastie à l'œil droit ; la première de ces opérations était destinée à réparer le lagophtalmos cicatriciel, la deuxième à détruire l'ankyloblépharon cicatriciel. Les lésions de la cornée, entraînant les troubles de la vision, ont débuté de suite après l'affection des paupières pour l'œil gauche et quelques mois plus tard pour l'œil droit.

État actuel. — *Œil gauche.* La paupière supérieure est très déformée : son bord représentant le bord ciliaire est soulevé, vers l'angle lacrymal, jusqu'au niveau du sillon orbito-palpébral, et descend vers l'angle temporal suivant une courbe très prononcée.

Le segment temporal de la paupière est représenté par un bourrelet assez flasque, constitué en grande partie par le lambeau de la blépharoplastie opérée en 1888. Le bord ciliaire, à proprement parler, n'existe plus. Il est impossible de renverser *lege artis* la paupière, car il n'y a presque plus de cartilage tarse. Le cul-de-sac conjonctival supérieur est presque aboli, et, à sa place, il existe de nombreuses brides verticales de symblépharon. La paupière inférieure, dont le bord ciliaire est profondément altéré, montre un ectropion qui, à commencer de l'angle lacrymal, devient de plus en plus prononcé, pour être déjà total ou de 3e degré (surface conjonctivale tournée tout à fait en avant) au milieu de la paupière et jusqu'à l'angle temporal ; il reste quelques cils dans la moitié interne du rebord.

L'ouverture palpébrale à son extrémité la plus interne, à partir des points lacrymaux, est demeurée indemne, et forme une fente mince qui prolonge vers la racine du nez cette ouverture maintenant de forme irrégulière. Cette petite fente est entourée par des téguments d'aspect cicatriciel ; cette cicatrice se prolonge en bas et en dehors et sur la paupière inférieure. Enfin, partant de l'angle interne de l'œil, se trouve une autre cicatrice allongée, en forme de balafre, qui descend sur la pommette et sur la joue.

Le malade ne peut, à moins d'efforts violents, obtenir l'occlusion complète de la fente palpébrale. Quand il ferme les yeux sans efforts, comme pour dormir, il persiste une ouverture de forme triangulaire à base interne, irrégulièrement arrondie, laissant à découvert un segment périphérique

inférieur de la cornée. L'œil gauche est très altéré, vraisemblablement du fait, non de la syphilis, mais bien des lésions palpébrales qui laissent l'œil à découvert et l'exposent plus facilement aux agents extérieurs. La conjonctive est très injectée. La cornée fait une saillie plus notable que normalement : elle est irrégulière, dépolie, trouble ; son contour n'est plus net et se continue peu à peu avec la conjonctive. Sa coloration générale est grisâtre ; elle paraît encore un peu translucide ; pourtant, dans son segment inférieur, se trouve un point à contours irréguliers, de 3 millim. environ de diamètre, où la coloration est blanchâtre et où la membrane semble absolument opaque. Enfin, elle est sillonnée par de nombreux vaisseaux qui, partis de la conjonctive, arrivent jusqu'à son centre. De ce côté la vision est abolie ; le malade a à peine la sensation de la lumière quand il tourne son visage vers le grand jour ; il n'y a que vaguement perception des mouvements des doigts à 20 centimètres.

Du côté droit, les lésions des paupières sont sensiblement les mêmes que du côté gauche. Là encore, l'ouverture palpébrale est irrégulière et prolongée en dedans par une petite fente commençant aux points lacrymaux. L'œil semble entouré d'une couronne cicatricielle, mais moins étendue et plus régulière qu'à gauche ; la paupière supérieure est réduite à un bourrelet dont le bord, représentant le bord ciliaire, se confond dans toute sa longueur avec le sillon orbito-palpébral. Les cils ont disparu aux deux bords libres des paupières ; il y a de l'ectropion en bas, dans la moitié externe du bord libre.

L'œil droit est moins altéré que le gauche. La conjonctive y est moins injectée ; comme à gauche, on constate à son niveau une légère sécrétion purulente. La cornée y est aussi moins altérée ; elle paraît presque normale et transparente dans la plus grande partie de son étendue.

Sur ses bords, elle présente pourtant une légère teinte trouble et grisâtre. Enfin, au-dessous de l'orifice pupillaire on voit une tache blanche, irrégulière, opaque, d'un diamètre de 4 à 5 millimètres. La vision est conservée de ce côté suffisamment pour que le malade puisse lire encore, mais elle est profondément altérée, d'après M. Antonelli, car son acuité est réduite à 3/40 environ ; la chambre antérieure est bien visible, la pupille réagit faiblement à la lumière ; les détails ophtalmoscopiques ne sont pas perceptibles.

Telles sont les lésions palpébrales et oculaires. Ajoutons qu'elles donnent à la face un aspect asymétrique et irrégulier. L'œil droit semble placé plus bas que le gauche. De plus, la forme des deux yeux est différente : La fente palpébrale gauche a une forme générale triangulaire, à base interne, et son grand axe est oblique en bas et en dehors, tandis que la forme générale de la fente palpébrale droite est irrégulièrement quadrangulaire, à grand axe presque horizontal.

Le malade présente encore des lésions du voile du palais qui est détruit dans sa portion postérieure ; la luette a disparu complètement. Il y a enfin des altérations laryngées qui se traduisent par de la raucité de la voix et du sifflement respiratoire, lésions déjà anciennes, qui s'amendent bien sous l'influence du traitement spécifique et qui reprennent dès que le malade cesse de se soigner.

On pouvait se demander, en constatant chez ce syphilitique les altérations profondes qu'il présente du côté des yeux, s'il s'agissait de localisations spécifiques de sa maladie ou simplement d'altérations secondaires aux lésions gommeuses graves qui se sont produites du côté des paupières ; or, l'histoire du malade a été manifestement en faveur de cette dernière interprétation : c'est, en effet, consécutivement à la destruction partielle des paupières par les gommes que les globes oculaires ont souffert.

L'examen direct des globes oculaires plaide dans le même sens : les altérations paraissent être, en effet, surtout cornéennes ; les gommes ont laissé des cicatrices dont la rétraction a produit l'ectropion et, consécutivement, un lagophtalmos double ; nous aurons d'ailleurs bientôt sans doute, dans l'inefficacité du traitement spécifique, la confirmation de cette manière de voir ; il y aura lieu de pratiquer ultérieurement une nouvelle blépharoplastie.

Sur un nouveau cas de toxi-tuberculides agminées.

Par MM. H. Hallopeau et Lemierre.

L'un de nous a décrit, en dehors des toxi-tuberculides nécrotiques, deux autres variétés de toxi-tuberculides agminées, l'une papulo-érythémateuse, l'autre papulo-suppurative.

Chez le malade que nous avons l'honneur de vous présenter, les altérations peuvent être considérées comme intermédiaires à ces deux types ; voici son histoire résumée :

Le nommé A..., âgé de 35 ans, entre salle Hardy, lit n° 82, le 1er février 1901. Vers la fin du mois de décembre 1900, il a commencé à éprouver du prurit au scrotum ; puis peu à peu s'est développée une éruption, qui localisée tout d'abord à la face interne de la partie supérieure des cuisses, a bientôt envahi complètement les membres inférieurs. Actuellement, l'éruption occupe les fesses, les faces postérieure, interne et antérieure des cuisses, les jambes et un peu le dos des pieds. Elle est presque confluente sur les parties des cuisses envahies ; au contraire, sur les jambes, on ne trouve que quelques éléments disséminés.

L'élément essentiel de l'éruption est constitué par des papules volumineuses, mais différentes les unes des autres par la taille, l'aspect et la coloration. La plupart sont d'une couleur rouge violacé, presque livide. Les unes font une saillie nette à la surface des téguments ; les autres sont peu saillantes et présentent plutôt à première vue l'aspect de larges macules irrégulières. Mais, quel que soit le relief de l'élément, on sent, au toucher, qu'à son niveau toute l'épaisseur de la peau est fortement infiltrée.

La partie centrale de ces papules est fortement violacée ; cette teinte va en diminuant vers la périphérie et se continue peu à peu avec la teinte

normale des téguments ambiants. Quelques-unes ont presque complètement disparu et on observe à leur place une pigmentation brune des téguments qui restent encore infiltrés. Les plus volumineux de ces éléments se trouvent aux jambes et à la face postérieure des cuisses. Tous ont débuté par une pustulette qui s'est entourée d'une base indurée.

Ces pustulettes ainsi multipliées se sont groupées et ont donné l'aspect que l'on observe aujourd'hui. Leurs vestiges persistent au centre des éléments actuels sous forme de petites ulcérations, de croûtelles brunâtres ou de cicatrices. Elles sont entourées par endroits d'une collerette de desquamation.

On trouve du reste aujourd'hui encore des papules plus petites, de couleur rougeâtre ou rosée, dont les unes sont acuminées, les autres aplaties. Quelques-unes ont au centre le point d'implantation d'un poil. Beaucoup de ces papules sont surmontées de petites pustules.

Sur les fesses et à la face antérieure des cuisses, on trouve des placards rouges formés de toutes petites papules à peine saillantes et rappelant l'aspect du pityriasis rubra.

Enfin, on constate, aux chevilles et sur le dos des pieds, des plaques agminées, les unes irrégulièrement ovalaires et larges de plusieurs centim., les autres arrondies et du diamètre d'une pièce de 50 centimes. A leur niveau, la peau est légèrement infiltrée.

Ce qui frappe surtout dans cette éruption, c'est qu'en de nombreux points les éléments ont une tendance à prendre un groupement circiné. Sur la fesse gauche, on constate ainsi trois ou quatre cercles formés par de petites papules rouges polygonales et aplaties; sur la fesse droite on trouve également un de ces cercles. Mais, dans ces deux régions, l'éruption semble en voie de régression.

Sur la face postérieure des cuisses, on retrouve cette disposition plus accentuée. En certains points, on constate une zone centrale, où la peau paraît saine, entourée par une couronne saillante de couleur violacée, que constituent par un certain nombre de papules groupées en anneau, ainsi que nous l'avons déjà dit. Cette circination parfaite existe en deux ou trois points, mais partout ailleurs elle n'est qu'ébauchée; les papules sont réunies en segments de cercle.

Même disposition sur les faces interne et antérieure des cuisses. Aux jambes, on trouve encore quelques éléments esquissant des arcs de cercle, mais la plupart sont isolés.

Des deux côtés, on observe l'engorgement des ganglions cruraux et inguinaux.

Cette éruption est prurigineuse, mais d'une façon intermittente. Le prurit est plus intense au niveau du pli périnéo-crural.

Dans la région cervicale s'est montrée, peu après les efflorescences des membres inférieurs, une éruption de pustules qui se sont ouvertes spontanément et sont actuellement en voie de régression. Ces pustules ont été douloureuses au début. On trouve maintenant sur la face latérale gauche du cou plusieurs groupes de ces pustules disséminés. Elles sont assez volumineuses; leur sommet est ulcéré et recouvert d'une croûte encore brunâtre.

Dans la région sus-hyoïdienne médiane, on voit une autre pustule et une sur la face latérale droite du cou.

Au mois de novembre 1900, le malade a eu une pleurésie gauche avec épanchement abondant. Depuis cette maladie, il a un peu maigri ; il tousse et crache, mais peu abondamment ; il y a eu quelques filets de sang dans ses crachats.

L'examen du poumon révèle une légère submatité dans la fosse sus-épineuse gauche ; au sommet gauche, en arrière, l'expiration est prolongée.

Les antécédents héréditaires du sujet sont négatifs au point de vue de la tuberculose ; pourtant, un de ses enfants est mort en bas âge de convulsions.

L'examen bactériologique du pus des pustulettes n'y a révélé la présence de microbes qu'en quantité minime.

Nous nous fondons, pour qualifier cette dermatose du nom de *toxi-tuberculide* sur les faits suivants : ces éruptions ne rentrent dans le cadre d'aucune autre dermatose connue ; ce malade est tuberculeux ; nous avons observé chez d'autres tuberculeux des éruptions non identiques, mais voisines d'aspect ; la distribution de l'éruption sur les membres inférieurs est très analogue à celle qu'ont présentée dans la plupart des cas les toxi-tuberculides papulo-nécrotiques dont la nature tuberculeuse ne nous paraît plus contestable; elle se rapproche, par le mode de groupement, des éléments de la forme papulo-érythémateuse décrite par l'un de nous et M. Laffitte ; on y voit, en effet, de petits éléments saillants, d'un rouge violacé, durs, reposant sur une base érythémateuse et disposés en placards multiples à contours nettement dessinés.

La seule différence importante qu'il y ait avec les cas sus-mentionnés est que ces éléments n'y étaient pas suppurés ; or il semble bien, au contraire, que chez notre malade la plus grande partie, sinon la totalité des éléments, aient débuté par des pustulettes ; mais ce n'est pas là une différence essentielle : elle peut s'expliquer par une activité moindre des poisons morbides. L'un de nous a décrit également une forme de toxi-tuberculide qu'il a dénommée *suppurative, agminée et pemphigoïde :* elle est à rapprocher de celle que nous observons chez ce malade, en ce sens que la lésion élémentaire y est une pustulette ; elle en diffère par la confluence de ses éléments en placards à progression excentrique.

Les caractères de la dermatose que nous observons chez ce malade peuvent être résumés ainsi qu'il suit : le début par de petits boutons, dont la plupart se surmontent bientôt d'une pustulette ; la coloration d'un rouge violacé, sombre et livide de ces éléments; leur disposition assez fréquente en cercles parfaits ; l'induration profonde du derme autour de nombre d'entre eux ; la formation, en un point, d'une petite collection

purulente sous-cutanée; la dissémination irrégulière de l'éruption sur toute l'étendue des membres inférieurs.

Certains éléments paraissent avortés, sont de dimensions miliaires et rappellent par leur aspect le pityriasis rubra pilaire; d'autres éléments, au contraire, ont le volume de grosses lentilles.

Cette éruption est prurigineuse par moments.

Les éléments peuvent rétrocéder et laisser à leur suite des taches fortement pigmentées; elles ne semblent nulle part avoir le caractère cicatriciel : c'est là un fait qui différencie cette éruption des toxi-tuberculides nécrotiques.

Comme il est de règle dans toutes les toxi-tuberculides, les lésions pulmonaires sont peu prononcées; il en est généralement de même dans le lupus vulgaire: est-ce là une raison pour révoquer en doute, comme l'a fait dans une communication récente à la Société des hôpitaux M. Danlos, leur nature tuberculeuse et admettre qu'il s'agit de *paratuberculose?* Nous ne le pensons pas; quelque atténuée que soit en pareil cas la tuberculose, elle n'y existe pas moins : il en est de même pour le lupus vulgaire et pour l'érythémateux. Nous avons insisté plusieurs fois sur ces faits et admis, pour le lupus, que la peau offrait au bacille de Koch un mauvais terrain et qu'il s'y subissait une diminution de sa virulence; il est possible qu'il existe également, en d'autres organes, de ces bacilles à virulence atténuée et que ce soient eux seulement qui engendrent les toxines génératrices des toxi-tuberculides. Pour ce qui est de l'expression de paratuberculose, nous avouons ne pas en comprendre la signification.

Nous résumerons cette communication en disant qu'*il existe une forme suppurative discrète de la toxi-tuberculide agminée*.

Sur un cas de tabes dorsalis avec altérations dentaires provenant vraisemblablement d'une syphilis héréditaire.

Par MM. H. Hallopeau et Lemierre.

L'un de nous poursuit depuis un certain temps, avec M. Edmond Fournier, des recherches sur une variété d'altérations dentaires dont ils ont constaté l'existence chez des sujets n'ayant d'autres tares qu'une syphilis héréditaire.

La malade que nous avons l'honneur de présenter est atteinte, en même temps que d'un tabes classique, de ces altérations dentaires, nettement esquissées.

La nommée Antoinette Ch..., âgée de 53 ans, entre au mois de janvier 1901, salle Lugol, lit n° 19.

Son père est mort à 53 ans, à la suite de lithiase de la vessie. Sa mère

est morte à 59 ans, après avoir présenté, au dire de la malade, des symptômes d'ataxie locomotrice.

Antoinette Ch... a eu, à 17 ans, une attaque de rhumatisme, puis une poussée de psoriasis. Depuis cette époque, elle a, tous les ans, du psoriasis. Elle a notamment été soignée une fois dans le service de M. Fournier, à l'âge de 26 ans.

A l'âge de 37 ans, elle commence à éprouver des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Quelques années plus tard, elle a des paralysies oculaires passagères. Peu à peu, apparaissent les autres signes de tabes : ataxie, signe de Romberg, diminution de l'acuité visuelle.

En 1893, débutent les arthropathies des genoux ; elles s'aggravent progressivement.

Actuellement ces arthropathies sont très prononcées : des deux côtés l'extrémité supérieure des fémurs est considérablement hypertrophiée ; le tibia a subi un mouvement de déplacement en dehors, de sorte que la jambe n'est plus en continuité avec la cuisse, mais que son axe est beaucoup plus externe. Les ligaments articulaires sont très relachés et l'on imprime facilement à la jambe des mouvements de latéralité.

On constate un myosis des plus accentués et le signe d'Argyll Robertson. L'acuité visuelle a beaucoup diminué.

Il s'agit donc bien là d'un cas de tabes typique. Or la malade prétend n'avoir jamais eu la syphilis; nulle part, sur elle, on ne constate des signes de syphilis ancienne.

Elle n'a jamais fait de fausse couche, et n'a eu qu'un seul enfant, actuellement vivant et bien portant.

Par contre, on peut noter chez cette malade quelques signes qui peuvent faire penser à la syphilis héréditaire. La voûte palatine est en carène; la malade a eu, dans son enfance, des troubles de la vue, de l'incontinence d'urine; mais, c'est surtout l'examen des dents qui rend la syphilis héréditaire vraisemblable.

L'incisive médiane supérieure gauche présente, à sa face antérieure, sur sa partie moyenne, une dépression transversale; au-dessous de celle-ci, sur le tiers inférieur de la dent, existe une dépression beaucoup plus étendue, occupant toute cette partie de la dent; on y voit, de plus, des irrégularités de toute la surface, des sillons entre-croisés dans tous les sens, des dépressions punctiformes. Il y a une légère excavation à la partie médiane du bord inférieur.

L'incisive médiane droite est d'un diamètre notablement inférieur à celui de la gauche.

L'incisive latérale droite présente, au milieu de sa hauteur, une dépression transversale profonde d'environ 1 millimètre. De plus, le grand diamètre de l'incisive latérale droite est de 7 millimètres ; celui de l'incisive latérale gauche de 8 millimètres.

A la mâchoire inférieure, les incisives médianes dans leur quart supérieur, les latérales dans leur tiers supérieur, sont également atrophiées. Leur surface s'abrase brusquement à ce niveau. Elle est parsemée de dépressions punctiformes avec irrégularités du bord libre. L'extrémité supérieure de la canine inférieure droite est également atrophiée. Celle du côté gauche présente des altérations semblables, mais moins prononcées.

Nous n'insisterons pas, dans cette histoire morbide, sur les arthropathies des genoux, cependant si remarquables ; Charcot n'a rien laissé à ajouter à leur description.

Le fait sur lequel nous désirons surtout appeler l'attention, c'est l'existence des altérations particulières que présentent les dents : elles ne représentent pas au complet celles qui ont été décrites par E. Fournier et par l'un de nous ; on n'y voit pas, en particulier, l'atrophie du sommet des canines ; mais les lésions des incisives sont, par contre, nettement exquissées. Si réellement, comme nous tendons à le penser, elles sont l'indice d'une syphilis héréditaire, il faudrait ajouter ce fait à ceux dans lesquels le tabes a pu être rapporté à cette maladie : rappelons que la malade a eu, dans son enfance, des maux d'yeux, de l'incontinence d'urine, et qu'elle a perdu ses frères et sœurs.

Réciproquement, le fait que le tabes est presque toujours d'origine syphilitique et l'absence très probable, chez cette femme, d'une syphilis acquise viennent fournir un argument nouveau en faveur de l'origine syphilitique de ces lésions dentaires.

M. Fournier. — Je ferai remarquer, à ce propos, que le tabes hérédo-syphilitique n'est pas extrêmement rare.

Lésions des ongles au cours d'une séborrhéide eczématisante.

Par M. Ch. Audry.

Unna a signalé l'existence des lésions unguéales au cours de l' « eczéma séborrhéique ». Jusqu'ici je ne les avais pas observées, malgré l'attention que j'ai toujours mise à les rechercher.

Voici le premier cas où je les ai rencontrées :

Joséphine T..., 30 ans, ouvrière.

Sa mère a présenté des troubles mentaux, actuellement guéris. Le père a eu plusieurs attaques d'hémiplégie légère. Un frère bien portant ; une sœur migraineuse.

La malade aurait présenté, très jeune, des accidents eczémateux. Réglée à 11 ans et, depuis lors, régulièrement. A 14 ans, accidents convulsifs qualifiés de méningites ; à 20 ans, rhumatisme polyarticulaire qui aurait récidivé 4 fois. Crises de nerfs fréquentes.

Sujet intelligent, assez chétif, franchement hystérique ; sans stigmates bien accusés en dehors des crises.

La malade a fait un premier séjour de six mois à la clinique, à partir de juin 1898. Elle était atteinte d'un eczéma séborrhéique extrêmement étendu, datant de plusieurs années, occupant la face, le tronc, les bras, les cuisses et tout près d'acquérir l'aspect érythrodermique des formes graves et généralisées de la maladie. A ce moment, il ne fut noté aucune altération des ongles.

La malade guérit complètement, mieux et plus vite que nous l'espérions, par le seul usage des pommades soufrées, et des bains sulfureux.

La guérison persista, complète, jusqu'à la fin de septembre 1900. Elle rentre à la clinique, le 5 décembre. Elle présente à ce moment sur les seins, développés autour du mamelon, sur la face antérieure des avant-bras, et sur le pli du coude, sous les aisselles, derrière les oreilles, au cou, des placards de séborrhéide eczématisante parfaitement caractérisés, à peine suintants, bien limités, peu ou pas prurigineux, etc., et qui furent rapidement modifiés par le soufre. Chevelure normale. En examinant les ongles, on constate l'intégrité absolue de ceux des orteils.

Il n'en est pas de même sur les doigts. D'une manière générale, ils sont peu altérés. Sauf deux, ils ont conservé leur forme et leur longueur normale. Presque tous présentent des cannelures longitudinales, peu profondes, régulières, et qui peuvent à peine passer pour une anomalie. La plupart offrent en outre quelques dépressions cupuliformes, très clairsemées, non squameuses au fond. Aucune trace de rougeur du lit; aucune flammèche hémorrhagique. Intégrité absolue de la matrice et de la zone périunguéale pour tous.

Deux ou trois doigts offrent, au niveau de leur face dorsale, des petites zones d'eczématisation superficielles; ce sont précisément les doigts dont les ongles sont restés sains.

Sur l'index et l'annulaire droits, on constate quelques altérations du bord libre, principalement sur l'annulaire. Ce bord est irrégulier, déchiqueté latéralement, épaissi, un peu écarté de la pulpe ; il présente une section blanche, friable, poussiéreuse, moelle de jonc si l'on veut, mais sur une très faible épaisseur. Il n'est pas décollé de la pulpe ; il semble qu'un copeau s'en soit détaché sur un côté, et sur la face supérieure libre ; à l'annulaire les lésions sont moindres encore ; tout au plus un peu de désagrégation crayeuse du bord libre.

Il n'y a pas lieu d'insister sur cette observation. Les altérations unguéales qui y sont décrites y sont peu caractéristiques ; elles se rapprochent par certains côtés des lésions psoriasiques, mais elles en diffèrent par la rareté des dépressions cupuliformes, l'absence de friabilité, de squames nacrées, d'infiltration crayeuse du bord libre. Quant à savoir dans quelle mesure on doit les distinguer des onyxis de l'ancien eczéma, il nous est tout à fait impossible de donner une bonne réponse. Très vraisemblablement, les réactions de l'ongle aux divers parasites sont dénuées de spécificité.

Je veux seulement apporter une rectification à l'opinion que j'ai émise : que les ongles étaient toujours respectés par la maladie dite « eczéma séborrhéique ». Mais je puis encore ajouter que c'est une détermination extraordinairement exceptionnelle.

Radiodermite, ou mieux actinocutite. Troubles trophiques ou sclérodermisation de la région mammaire par les rayons X.

Par M. BARTHÉLEMY.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade qui vient du service de M. le professeur Fournier et que notre maître a bien voulu me laisser étudier. Il s'agit d'une lésion cutanée qu'il y a lieu d'attribuer à l'action des rayons X sur les téguments. Cette lésion offre deux particularités qui sont les raisons mêmes de cette présentation : la première est la *sclérodermisation* des téguments qui sont épaissis, lardacés, blancs sur une grande étendue, mais tachetés çà et là de zones rouges ou violacées, soit par suffusion purpurique, soit par hypervascularisation. Cette plaque lisse et lardacée n'a pas succédé à une ulcération quelconque et ne peut en aucune façon être assimilée à une cicatrice. Un peu plus loin d'ailleurs, il y a de la rougeur, de la desquamation, des croûtes et des pertes de substance, c'est-à-dire les divers symptômes habituels aux dermites consécutives à la toujours mystérieuse action des rayons X. Il y a, de plus, de l'hyperesthésie en certains points, mais nulle part de l'anesthésie ; dans la plus grande partie, la sensibilité est normale. Le processus, ici, s'est opéré très lentement et, comme toujours, très insidieusement, sans qu'aucune sensation spéciale vînt avertir qu'un phénomène anormal surviendrait ou se préparait. La seconde particularité réside précisément dans la lenteur et dans l'indolence du processus ; car ce n'est *que cinq mois après* la dernière séance que la lésion a apparu. Elle s'est dès lors constituée assez rapidement, comme on le verra plus loin dans l'observation ci-jointe. Elle est d'ailleurs assez douloureuse maintenant, et à part quelques points nettement cicatriciels, elle est aujourd'hui ce qu'elle était à son début ; car les modifications sont presque nulles et la réparation se fait, comme dans tous les cas analogues, avec une désespérante lenteur. Quand je dis que la lésion s'est constituée lentement, il faut bien spécifier que le trouble trophique a été très long à paraître, si long que, si l'on n'avait l'expérience de ces lésions, on douterait de la causalité invoquée ; mais pourtant ici, le fait de rœntgénisation cutanée est certain.

Mais si la lésion n'a commencé à s'opérer qu'après un très long temps, elle s'est développée très vite et s'est entièrement constituée dans un très court laps de temps à partir du moment où elle s'est manifestée. Enfin, elle a acquis très vite son étendue, d'ailleurs relativement vaste, et une fois cette dimension atteinte, elle n'a plus progressé. En d'autres termes, ce n'est pas une lésion extensive ou centrifuge, ni s'approfondissant ou s'agrandissant par la suite.

La tendance, au contraire, est la fixité ; elle atteint d'emblée son

maximum d'étendue, puis elle s'immobilise dans le *statu quo* pendant une durée toujours fort longue.

La lésion est toujours plus accentuée dans un point central qui a correspondu au foyer de la radiation. C'est là que les tissus se mortifieront le plus profondément ; l'escarre sera toujours très adhérente et ne tombera que tout à fait à la longue. Autour de ce centre plus ou moins profondément ulcéré se produit une zone rouge ou rose qui est seulement érosive, tout à fait analogue à la surface d'un vésicatoire ou d'une brûlure dont on vient d'enlever la phlyctène épidermique. Mais si superficielle soit cette érosion, il faut savoir qu'elle sera remplacée par une sclérodermisation lardacée, élastique, blanche et lisse, ce en quoi elle diffère complètement de la vésication ou de la brûlure superficielle. Certains points offrent de vraies cicatrices, consécutivement et proportionnellement aux escarres.

Autour de cette zone rose se montre une autre zone simplement rosée et desquamante ; enfin il y a périphériquement une zone plus ou moins vaste et souvent inégalement distribuée de pigmentation simple. Les douleurs lancinantes se montrent parfois en dehors des lésions cutanées proprement dites.

Ce qu'il y a ici de tout particulièrement remarquable, c'est l'étendue de cette zone sclérodermisée, blanche, lisse, souple, élastique, résistante, au niveau de laquelle, comme à la surface d'une cicatrice, le derme est épaissi et privé des glandes et des cellules habituelles. Cette modification, nous le disons encore, s'est faite sans avoir été précédée d'une perte de substance ou d'une érosion quelconque.

Vraisemblablement la durée de cette lésion sera encore très longue et devra se compter par plusieurs mois, trois au moins, avant que la lésion soit partout lisse, blanche et indolente.

Dans d'autres cas, la perte de substance est beaucoup plus étendue ; l'escarre est tout spécialement lente à se détacher à cause d'une adhérence extrêmement grande des tissus mortifiés ou simplement morbides aux tissus périphériques sains. L'escarre peut intéresser toute l'épaisseur du derme et de l'hypoderme et laisser une plaie bourgeonnante plus ou moins vaste, toujours très lente à cicatriser, de la périphérie au centre.

J'avais voulu placer sous vos yeux, en même temps que cette malade de M. Fournier, une autre malade de mon service de Saint-Lazare qui présente une lésion de tous points comparable à celle-ci et qui est actuellement complètement cicatrisée après cinq mois de durée, malgré la superficialité de l'érosion qui avait l'étendue de la main. Mais cette malade, toutefois encore atteinte d'affections contagieuses (blennorrhagie totale et chancres simples), n'a pu être mise en liberté ni même amenée ici. Je le regrette, car les deux affections très comparables eussent pu être utilement rapprochées et étudiées simultané-

ment. Cette observation ne sera d'ailleurs pas perdue ; elle fera partie d'un travail qui est en préparation et qui est fait en collaboration avec notre collègue, le Dr Oudin, et dans lequel seront bien précisées les conditions dans lesquelles peuvent survenir les actinocutites ou troubles trophiques.

Il s'agit d'une nouvelle étude sur les lésions cutanées dues aux rayons X et portant sur une dizaine de cas encore inédits. Ces faits ont été produits sous forme de vésicatoires électriques presque instantanément réalisés sur des malades atteintes de salpingites et de périmétrites, en guise de vésicatoires ou de pointes de feu, plusieurs fois appliqués comme il le faut dans certains cas. On verra ainsi que les rayons X, même maniés avec toutes les précautions voulues, sont encore très inconstants dans leurs effets, souvent imprévus ou dépassant le but et que, contrairement à l'opinion de divers dermatologistes, étrangers surtout, il est encore prématuré de les employer en dermatothérapie courante ; car on est exposé à avoir des accidents au moment où l'on s'y attend le moins, sans qu'on ait pu le prévoir et même dans la plupart des cas, sans qu'on sache pourquoi il y a accident dans un cas et pas dans l'autre, chez tel sujet et non chez tel autre. Notons dès maintenant qu'il y a lieu de toujours se méfier d'un tube neuf et de certains téguments particulièrement vulnérables, chez des sujets névropathes. Dans nos cas, les lésions ne se sont montrées que quinze ou vingt jours après une séance unique et courte. Ici, la sclérodermisation ou le trouble trophique ne s'est produit qu'après quatre mois de séances, de quinze minutes chaque, deux fois chaque semaine et seulement plus de cinq mois *après* la dernière séance : celle-ci avait eu lieu en décembre 1899, et la lésion ne se montra qu'en juin 1900. Telles sont les considérations qu'il nous a paru bon de développer dès maintenant devant vous.

Notre malade, Maria Mar..., est âgée de 38 ans et exerce la profession de couturière. Elle est forte, bien constituée, très nerveuse, mais sans crise hystérique. Elle semble avoir eu, il y a vingt ans, une syphilisation conceptionnelle qui produisit une fausse couche de six mois. Depuis lors aucun autre accident, si ce n'est des douleurs, soit de tête, soit de côté, qui cèdent à l'iodure de potassium dont elle a souvent pris. Elle était sujette, à la suite d'un coup reçu il y a sept ans, à des douleurs contusives siégeant, non le long d'un nerf intercostal, mais en pleine région mammaire. L'iodure, son médicament par excellence, ne semble pas avoir son résultat habituel et bien qu'on ne sentît rien d'anormal sur les côtés ni dans le sein, les douleurs persistaient. C'est dans ces conditions qu'elle entendit parler des rayons X et qu'elle se les fit appliquer dans un cabinet spécial des environs de la place Saint-Michel. On lui fit deux seances par semaine pendant trois mois, puis une par semaine pendant un mois Les dernières séances ont eu lieu pendant le mois de décembre 1899 ; or, nous sommes en janvier 1901 et le début se fit fin mai 1900.

Les douleurs disparaissaient bien par les rayons X, mais elles revenaient dès que la malade en cessait l'application. Les rayons n'avaient jamais produit la moindre rougeur de la peau; mais d'abord ils avaient fortement pigmenté l'épiderme, sur une étendue d'environ la largeur des deux mains dans toute la région mammaire gauche, depuis l'aisselle jusqu'à la clavicule et au sternum. Ensuite, ils avaient déterminé des démangeaisons vives. Enfin était apparue une desquamation très superficielle, non pas sur toute la surface exposée aux radiations, mais seulement par places où l'épiderme se détachait par lambeaux larges et minces, comme font les mains à la suite de la scarlatine. Cette desquamation ne se montra pas pendant les séances, mais seulement après leur cessation, seulement au mois de juin 1900.

C'est pour cela que le diagnostic devait être débattu entre une syphilide tertiaire possible, entre une ulcération d'origine nerveuse comme la sclérodermie d'une part, ou comme celle qu'a décrite l'École de la Salpêtrière chez les femmes hystériques.

Malgré la longueur du temps, la symptomatologie est telle qu'il y a lieu ici d'incriminer les rayons X à l'exclusion de toute autre cause.

Le processus exact reste encore tout à fait inconnu; dans l'état actuel de nos connaissances et de l'outillage, personne ne peut encore affirmer que cela ne lui arrivera pas un jour ou l'autre; il faut donc ne recourir à ce moyen qu'avec réserve, selon des indications spéciales et toujours avec la plus grande prudence.

Voyez donc cette malade : les caractères de la lésion sont assez nets pour que j'aie pu faire le diagnostic de la cause sans avoir aucun renseignement, à première vue, et par les seuls caractères objectifs. Je crois que la guérison sera lente à obtenir, la malade pouvant encore se réjouir d'avoir une forme aussi peu douloureuse et pas plus profonde. J'ajouterai que l'expérience m'a amené à cette conviction que le médecin ne peut pas être plus responsable de ces faits, quand toutes les précautions ont été bien prises et l'opération faite dans les conditions réglementaires, que quand, en dépit des soins, a lieu une mort par le chloroforme.

Cancer de la langue.

Par M. Danlos.

X..., journalier, 28 ans, sans antécédent morbide personnel ou héréditaire ; a vu se développer, il y a 5 mois et demi environ, un petit bouton induré sur le bord gauche de la langue. Très petit fumeur jusqu'alors (50 centimes de tabac par semaine), il a dès ce moment renoncé au tabac, et malgré cela le mal a fait de rapides progrès, s'accompagnant de douleurs irradiées dans les oreilles, de salivation abondante et de difficulté de déglutition.

Actuellement, vaste ulcération caverneuse en gouttière sur le tiers moyen du bord gauche de la langue. Cette caverne mesure environ 5 centimètres de long et 7 à 10 millimètres de profondeur.

Le fond est anfractueux, irrégulier, les bords très durs, et leur indu-

ration se propage assez loin. A la partie antérieure, le mal se prolonge sous la forme d'une exulcération très superficielle sur fond induré. Cette érosion s'est faite sous nos yeux consécutivement à la fonte purulente d'une petite granulation grise aplatie, grosse comme une tête d'épingle.

Cette granulation, jointe à quelques autres plus petites disséminées sur a grande ulcération, avait fait penser à la possibilité d'une lésion bacillaire.

L'histologie a levé les doutes en montrant qu'il s'agit d'un épithéliome pavimenteux lobulé (auscultation thoracique absolument négative). Un ganglion induré adhère au maxillaire.

Examen histologique par M. Ambard.

1° *Partie épithéliale.* — En certains points de la préparation, on voit nettement les différentes couches normales de l'épithélium lingual avec, par endroits, l'assise génératrice poussant dans le tissu conjonctif des prolongements plus ou moins longs et ramifiés.

Au centre de la tumeur, l'épithélioma présente un aspect très nettement lobulé. Il est constitué par des masses de cellules épithéliales arrondies ou ovalaires.

La portion excentrique de ces masses est formée de cellules isodiamétrales à noyaux volumineux, présentant en grand nombre des figures caryokinétiques et reliés à la périphérie de la cellule par des tractus protoplasmiques très fins et très nombreux.

La portion centrale des masses épithéliales présente des cellules de plus en plus aplaties.

Pas de kératine.

Chorion représenté uniquement par du tissu conjonctif embryonnaire et d'ailleurs peu abondant.

Aux confins de la partie des tissus infiltrés de bourgeons épithéliaux, pas trace de tissu de sclérose.

Ce cas est remarquable par l'âge du malade, *28 ans seulement*, et par *l'évolution rapide* du mal, qui en moins de six mois a déterminé une lésion étendue au tiers de la moitié gauche de la langue. Ce processus rapide ne peut s'expliquer par aucune cause d'irritation locale. Les dents, à ce niveau, sont en parfait état. Il paraît dû au caractère muqueux embryonnaire de la réaction cellulaire des tissus voisins du néoplasme, et à l'absence de toute réaction scléreuse capable d'opposer une barrière à l'envahissement du mal.

Zona survenu au cours d'une hydrargyride.

Par MM. Ch. Audry et Laurent.

XX..., 22 ans, domestique, entre à la clinique le 2 décembre. C'est une robuste et belle fille, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel. Aucune trace de syphilis ni de blennorrhagie.

La malade ayant un peu de leucorrhée s'adressa à un pharmacien qui lui conseilla de faire des injections vaginales avec une solution de bichlorure Hg et, pour ce, lui remit des paquets dont nous ignorons le dosage.

Il y a un peu plus d'un mois que les accidents actuels ont commencé ;

la malade faisait des injections depuis plusieurs jours, et elle les a d'ailleurs continuées jusqu'à ces derniers temps.

Les premiers accidents furent constitués par l'apparition d'une rougeur prurigineuse au-dessous des seins.

Bientôt après, même altération sur la face interne des cuisses, sur le pénil; puis suintement au niveau de ces régions. Rapidement et progressivement, s'établissent des accidents analogues sur le cou, la face, le cuir chevelu, et, à un moindre degré, sur les avant-bras.

A son entrée, gonflement considérable de la peau de la face, et particulièrement des paupières. Rougeur très violente. La peau des paupières et le cuir chevelu présentent une exsudation séborrhagique abondante. Pas de vésicules, pas de vraies croûtes. Prurit. Mêmes lésions sous les seins, sur l'abdomen, sur les cuisses, au pourtour de la zone génitale.

Ces surfaces d'un rouge vif, légèrement papuleuses sur les bords, chargées de desquamation plutôt que de croûtes, présentant quelques vésicules claires, saillantes, etc., sont tout à fait caractéristiques d'un érythème provoqué, et spécialement d'un érythème mercuriel. Muqueuse buccale saine.

Traitement. — Bains. Glycérolé d'amidon. Nettoyage du cuir chevelu. Bien entendu, cessation de l'usage du sublimé dont aucune lésion, d'ailleurs, ne motive l'emploi.

Amélioration rapide. Le 18 décembre, tout était à peu près guéri quand la malade ressentit, le soir, des douleurs vives et brûlantes occupant, en ceinture, la moitié gauche du tronc, au niveau des lombes.

Le lendemain matin, groupes de papules dispersées dans les régions douloureuses et représentant un zona vulgaire disposé en demi-cercle, au niveau de la quatrième lombaire,

Le lendemain, vésiculation d'un certain nombre de papules. Il existe un groupe sur la ligne axillaire, un plus antérieur, quelques éléments disséminés en avant et en arrière, sur la même ligne.

Deux ou trois jours après, douleurs très diminuées. Les éléments éruptifs évoluent avec la plus grande simplicité, lorsque le 22 decembre, sans cause connue, la malade voit reparaître, au niveau des anciennes lésions, de la rougeur et un peu de gonflement.

Cette poussée fut extrêmement éphémère : huit jours plus tard tout était rentré dans l'ordre.

Il restait seulement un peu de rougeur diffuse et légère de la peau de la face et du haut des cuisses, et les cicatrices minimes des vésicules de zona.

La malade quitte la clinique, le 8 janvier 1901, complètement guérie.

Sur un rash préroséolique de la syphilis.

Par MM. Audry et Laurent.

On connaît, depuis les travaux de Mauriac, l'érythème noueux précoce de la syphilis. Voici un fait du même ordre, mais encore plus singulier dans sa forme et dont l'interprétation est, sinon précise, du moins singulièrement intéressante :

Marie M..., 25 ans, cuisinière. Père sain ; mère nerveuse. Un frère bien portant.

Aucun antécédent personnel ; assez frêle d'apparence.

Le jeudi 6 décembre, sans aucune espèce de cause connue ou avouée, sans avoir absorbé aucune substance, aucun médicament, aucun aliment suspects, la malade se couche avec de la céphalée, des nausées, des frissons. Elle se réveille avec une éruption de taches rouges, arrondies, non saillantes, prurigineuses, disséminées sur la face. Le lendemain, poussée semblable sur les jambes, puis sur le cou, et enfin sur les avant-bras.

Elle entre à la clinique, le 10 décembre.

Bon état général ; langue un peu saburrale.

Sur la face, taches arrondies, peu ou pas saillantes, d'un rouge rose, disparaissant facilement et complètement à la pression, disséminées autour du nez et sur les régions malaires. Sur le cou, le haut de la poitrine, l'abdomen, le haut des cuisses, les bras, les avant-bras, vastes surfaces d'un rouge extrêmement vif, uni, sans aucune saillie ni irrégularité. Prurit assez violent. La peau paraît à peine tuméfiée, chaude au toucher. Les bords des placards tranchent nettement par leur couleur violente sur la peau saine.

Au pourtour des grandes nappes, efflorescences arrondies superficielles, de couleur et d'aspect semblables.

Le lendemain, une dernière poussée se produit qui amène l'apparition, symétriquement, sur la face dorsale des deux mains, d'une large plaque d'hyperhémie violente.

Diagnostic: érythème toxique, de cause indéterminée.

Les jours suivants, le prurit diminue ; les nappes et les taches de rougeur pâlissent progressivement, tandis qu'il se produit à leur niveau une desquamation furfuracée.

Le 17 décembre, cette érùption était en voie de disparition très avancée quand la malade se plaignit de vives démangeaisons au niveau du cou. On y constate, pour la première fois, l'existence de petites papules disséminées, brillantes, roses, lisses, bien comparables aux papules du lichen plan classique. Muqueuse linguale intacte.

Sur le tronc et les membres, quelques macules roses, un peu brunes, très légèrement saillantes, d'aspect urticarien. On pense qu'il s'agit d'un lichen plan à début érythémateux et urticarien. Arsenic.

Les jours suivants, disparition rapide et complète de l'érythème initial. Les papules du cou sont tout à fait stationnaires ; le prurit a disparu. Les macules des muscles et du tronc paraissent plus nombreuses et plus brunes.

Le tégument du dos et des fesses est encore un peu congestionné, comme par décubitus, et la pression, en le décolorant, fait apparaître une teinte un peu jaunâtre.

État général toujours bon.

On continue à examiner soigneusement et chaque jour la malade. Aucune nouvelle papule ne se produit ; les taches brunissent légèrement, mais ne s'effacent pas.

Le 2 janvier, plaques muqueuses évidentes sur l'amygdale droite; plusieurs papules érodées sur la muqueuse vulvaire.

Les papules ne sont que de vulgaires syphilides ; elles disparurent rapidement sous l'influence du mercure, ainsi que les macules ; les plaques muqueuses existaient encore quand la malade partit, 15 jours après.

Au seul point de vue pratique la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de porter au début un diagnostic exact donne quelque intérêt à cette observation singulière.

Maintenant la question se pose de savoir s'il faut attribuer à la syphilis cet érythème en vastes nappes violemment congestives, qui, en s'effaçant, ont laissé apparaître les syphilides habituelles?

Nous pensons qu'on doit répondre affirmativement. C'est bien là un érythème toxique, de type vulgaire, à manifestations angiomotrices, angio-paralytiques ; il semble difficile d'en ôter la responsabilité au poison syphilitique qui y a, en quelque sorte, laissé ultérieurement sa signature habituelle.

Acrokératodermie héréditaire.

Par MM. Dubreuilh et A. Guélain.

La kératodermie palmaire et plantaire symétrique, congénitale et héréditaire est une affection peu fréquente, car il n'y en a guère qu'une quinzaine d'observations publiées et, cependant, elle attire assez vivement l'attention pour que la plupart des cas observés soient publiés.

Nous avons eu l'occasion de voir une famille dont la plupart des membres sont atteints de cette forme d'hyperkératose et de la façon la plus accusée.

Sur 8 individus atteints nous avons pu en voir 6, et chez tous la maladie présente les mêmes particularités. Les paumes sont très peu atteintes, et même tout à fait indemnes chez quelques-uns. Dans les cas où les mains présentent un peu d'hyperkératose, celle-ci forme des durillons limités, analogues à ceux que produisent certaines professions; mais leur situation ne correspond pas aux parties plus spécialement exposées aux pressions ; leur nombre et leur épaisseur sont aussi tout à fait exagérés.

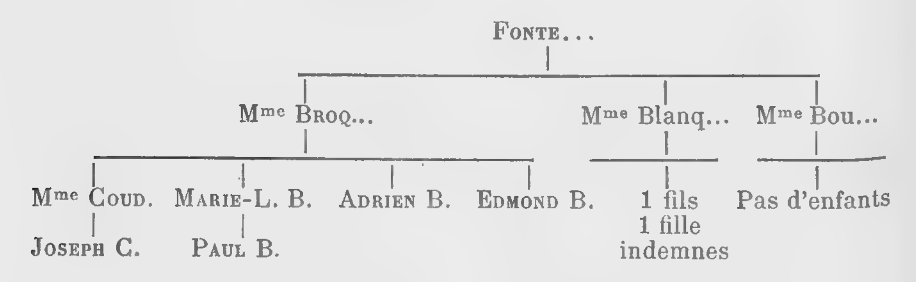
En revanche, chez tous, les pieds sont très fortement atteints et les lésions prédominent ou se cantonnent aux points de pression. Sous le talon, l'hyperkératose forme une plaque cornée, épaisse de plusieurs millimètres, dure et compacte; chez quelques-uns seulement elle s'étend au pourtour du talon. La voûte plantaire est absolument respectée et à l'avant-pied les lésions reparaissent, mais cette fois sous forme de larges durillons isolés.

Les plaques cornées sont très épaisses et très dures, demi-transparentes, jaune d'ambre, et presque dépourvues de crevasses. La plupart des malades ont un peu d'hyperhidrose plantaire, au moins en été, et sous l'influence de la sueur les plaques cornées deviennent « vermoulues, pourries » et douloureuses.

Il est remarquable que la maladie se transmette héréditairement avec toutes ses particularités et ne varie pas d'une génération à l'autre.

D'après les renseignements fournis par Mme B..., mère ou grand'mère de tous les autres malades, les premières manifestations ont lieu vers l'âge de 5 ans. A ce moment, les plantes deviennent un peu rouges, et c'est sur cette rougeur que les autres lésions sont apparues graduellement. Chez l'enfant que nous avons observé, la rougeur est à peine appréciable; cependant il y a une faible ébauche d'hyperkératose, et la grand'mère croit pouvoir annoncer qu'il sera hyperkératosique comme sa mère, sa grand'mère et son aïeul.

Voici d'abord l'arbre généalogique de la famille qui montre 8 individus atteints dans 4 générations (les noms de ceux qui sont atteints sont imprimés en petites capitales).



I. — Fonte..., le grand-père, avait de l'hyperkératose des pieds et quelques lésions aux mains. Chez aucun de ses ascendants ou collatéraux, on ne trouvait rien d'analogue. Ces renseignements nous ont été fournis par la femme B..., sa fille, qui est très affirmative.

II. — Mme Broq..., 67 ans, est atteinte d'hyperkératose depuis son enfance; toute la peau présente une xérodermie sénile très accusée.

Pied droit. — Un placard corné, large de 5 centim., occupe la surface inférieure du talon, sans remonter sur les côtés; ce placard est formé par une masse cornée, épaisse de 3 à 4 millim., jaune, crevassée irrégulièrement et desquamant par grosses écailles. On trouve de larges durillons bien limités arrondis et saillants, sous la tête du premier métatarsien, sous celle du cinquième métatarsien, débordant sur le bord externe du pied et faisant là un ergot saillant ; sur le bord interne de la pulpe du premier orteil ; enfin, sous le bord libre de l'ongle du quatrième orteil.

L'ongle du cinquième orteil est onychogryphotique, entouré à sa base d'une hyperkératose squameuse, et forme une colonne saillante de 1 centim.

de hauteur, perpendiculaire au lit de l'ongle. Les autres ongles sont crochus, fortement incurvés, mais sont normaux comme épaisseur et comme structure. La peau des autres parties de la plante et du pied est squameuse. Quand la malade fait tomber ces squames, au moyen d'un bain, la peau sous-jacente est douloureuse.

Pied gauche. — A la face intérieure du talon, on trouve un placard corné inégal, parce qu'il s'en est détaché une partie : sous la tête des premier, troisième, cinquième métatarsiens, ainsi que sur le bord interne du gros orteil, il existe des durillons saillants, bien limités. L'épiderme qui entoure les ongles des quatrième et cinquième orteils est épais et écailleux. Les ongles des trois premiers orteils sont crochus ; ceux des deux derniers sont onychogryphotiques ; la malade souffre lorsqu'elle essaie de marcher.

Main gauche. — La main est déformée par la cicatrice d'une ancienne brûlure ; la paume presque toute cicatricielle, est couverte de masses cornées irrégulières, épaisses. A l'extrémité de la pulpe des quatre premiers doigts il y a un durillon.

Main droite. — Deux durillons saillants sous la tête du quatrième métacarpien, et à la face palmaire de l'index, au niveau du pli de la première articulation interphalangienne.

La face dorsale des mains, ainsi que les ongles, sont normaux.

La malade est très amaigrie et très faible ; elle paraît beaucoup plus vieille que son âge ; elle ne marche plus et ne fait aucun travail manuel.

III. — Marie-Louise B..., 30 ans, sans profession.

Pied gauche. — La face plantaire du talon est occupée par une couche cornée ressemblant à de l'ambre ; elle est épaisse de près de 1 centimètre, sans fissures ni crevasses, limitée par un bord abrupt. Cette semelle cornée serait plus épaisse si la malade ne la coupait pas de temps en temps avec un couteau.

Sous la tête du cinquième métatarsien, un gros durillon de 2 centimètres sur 3, jaune d'ambre, saillant, bien limité par une gouttière étroite et profonde qui la sépare d'un talus hyperkératosique plus souple, lequel se confond en dehors avec l'épiderme normal. Sous la tête du premier métatarsien se trouve un gros durillon, de 3 centimètres sur 4 ; d'autres durillons sont situés sur le bord interne de la première articulation métatarso-phalangienne, et à la face plantaire du premier orteil.

Les ongles des orteils sont normaux.

La peau de la plante est remarquablement fine et souple en dehors des plaques kératosiques.

Pied droit. — On y trouve une série de placards cornés identiques à ceux du pied gauche : ils sont cependant moins épais et un peu plus étendus.

Ainsi, on remarque une longue bande cornée, saillante, sur le bord interne du pied, au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne, et une plaque hyperkératosique peu épaisse couvre l'avant-pied, entre les durillons des bords interne et externe.

Il y a un peu d'hyperhidrose des pieds, au moins en été. Autour des placards cornés, il n'y a pas de bordure érythémateuse. Les lésions ne

sont pas douloureuses, si ce n'est en été, quand la sueur « fait pourrir » les masses cornées.

Quand la malade a les pieds très propres, tous ces durillons et plaques cornées ont une belle couleur ambrée.

Les mains ne présentent pas de durillons; l'épiderme est seulement quadrillé de gerçures noires, reproduisant l'aspect si caractéristique de la « main de cuisinière ».

IV. — Edmond Broq..., 32 ans, commissionnaire.

Pied gauche. — Les lésions occupent le talon, la tête du second et du cinquième métatarsiens, la tête de la première phalange du gros orteil, et l'extrémité de la pulpe des deuxième et troisième orteils. Tout le talon est occupé par une carapace cornée qui l'englobe entièrement sur les côtés, c'est-à-dire un peu au delà de la limite de l'épiderme plantaire. Dans toute cette région, la couche cornée offre une épaisseur de plusieurs millimètres, et sur le bord interne du talon dépasse 5 millimètres, bien que le malade la coupe régulièrement. Ce placard corné s'incline en talus vers les parties saines, et présente une légère bordure érythémateuse sur sa partie interne. Cette couche est compacte, homogène, de couleur jaune, demi-transparente, ressemblant à de l'ambre. Pas de crevasses ni de desquamation, si ce n'est sur le bord interne du pied où on trouve des crevasses profondes entourant une zone qui, macérée par la sueur, devient douloureuse, fétide et prend un aspect vermoulu.

Sous la tête du cinquième métatarsien, il y a un placard de 3 centimètres sur 2, ovalaire, saillant, formé par une plaque cornée, épaisse de 2 ou 3 millimètres, bien limitée, compacte, jaune; une gouttière étroite et abrupte la limite sur son demi-cercle interne, et la sépare d'une crête hyperkératosique, laquelle se confond extérieurement avec l'épiderme normal.

Sous la tête du deuxième métatarsien, nouveau durillon ovalaire, formé de matière jaunâtre, compacte, un peu fissurée dans son milieu. Sous le premier orteil une plaque de corne, dure, jaune, limitée en arrière par un bord saillant.

Les ongles sont normaux, sauf un peu d'hyperkératose sous-unguéale aux deuxième et troisième orteils.

La peau de la plante des pieds est tout à fait normale, voire même remarquablement fine et souple.

Un peu d'hyperhidrose plantaire.

Pied droit. — Une carapace cornée occupe tout le talon et son pourtour jusqu'à la limite de l'épiderme plantaire; elle est épaisse de 4 à 5 millimètres et serait plus considérable si le malade ne la coupait pas souvent. Cette carapace est compacte, sans excavation ni crevasses, sauf au milieu où elle est crevassée irrégulièrement.

On trouve de larges durillons épais de 4 à 5 millimètres, en général bien limités sous la tête du premier métatarsien, sur le bord interne du gros orteil, sous la tête du cinquième métatarsien et sur la partie correspondante du bord externe, mais séparé du précédent par une étroite bande de peau normale.

Un gros cor sur la face dorsale du deuxième orteil; un petit durillon à l'extrémité du gros orteil.

L'ongle du gros orteil est soulevé par une couche d'hyperkératose d'un demi-centimètre d'épaisseur adhérent à la fois à la lame et au lit, et présente en même temps une courbure transversale exagérée.

La peau de la voûte plantaire et, d'une façon générale, de toutes les parties respectées est remarquablement fine et souple.

Mains. — A la main gauche, on trouve une série de durillons, permanents ou accidentels. Parmi les premiers, entre les deuxième et troisième métacarpiens, un durillon rond, épais ; une bande hyperkératosique s'étend tout le long de la face palmaire de l'index, avec une entaille profonde aux plis de flexion. Sur la face palmaire du médius, on observe la même lésion. A la pulpe du pouce et de l'index, on rencontre des durillons mal limités.

Les durillons professionnels occupent une grande partie de la paume de la main.

A la main droite, quelques durillons. On y rencontre les traces d'une poussée récente d'eczéma vésiculeux.

V. — Paul B..., 4 ans et demi, fils de Marie-Louise B..., la peau de la plante des pieds est souple, sans rougeur ni épaississement notables. Cependant, elle est quadrillée par des gerçures superficielles et présente l'aspect bien connu des « mains de cuisinières ». L'ongle du cinquième orteil de chaque côté est épaissi et déformé. Si minimes que soient ces lésions, elles annoncent, au dire de la grand'mère, qu'il aura les mêmes altérations plantaires que sa mère et ses oncles.

VI. — Adrien B..., 23 ans, miroitier ; il est atteint depuis l'âge de 6 ans.

Pied gauche. — Au talon, un large placard corné mesurant 6 centimètres et débordant de 4 centimètres sur le bord interne du pied, où il est crevassé ; il est épais de 3 millimètres environ. Un sillon profond le sépare de la peau saine du pied en arrière et sur les côtés.

A la tête du premier métatarsien, un durillon de forme ovalaire, épais, sans crevasses ni fissures, et nettement séparé de la peau saine. Le premier orteil est le siège d'un épais durillon qui occupe tout le bord externe. La pulpe du cinquième orteil est occupée aussi par un gros durillon.

Les ongles sont normaux, sauf l'ongle du cinquième orteil qui est onychogryphotique.

Hyperhidrose plantaire.

Pied droit. — Le pied, dans son entier, sauf la voûte plantaire, du côté interne, qui est intacte, est occupé par une vaste lame cornée, d'une couleur jaune ambrée ; cette lame remonte derrière le talon, à la façon d'un contrefort de soulier ; son épaisseur est assez considérable, avec de nombreuses crevasses.

Sur la face interne du talon, un durillon séparé de la couche cornée par un sillon noirâtre ; tout le long du cinquième métatarsien, une longue couche cornée aboutit à un durillon qui siège à la tête du métatarsien. Un

vaste durillon se trouve à la tête des deuxième, troisième, quatrième métatarsiens ; il a une forme ronde assez régulière.

La tête du premier métatarsien est occupée par un durillon de 2 à 3 centimètres.

Les ongles n'ont aucune altération.

Hyperhidrose.

Main droite. — La main droite est le siège de nombreux durillons siégeant tous à l'éminence hypothénar. A la pulpe du pouce, un durillon. Le long des autres doigts, sur la face palmaire, une bande cornée assez épaisse aboutit à un durillon qui se trouve à la tête de chaque métatarsien.

Rien aux ongles.

Hyperhidrose abondante.

Les plis de la paume de la main sont profondément creusés dans la couche cornée qui occupe le milieu de la main.

Main gauche. — Cette main est moins atteinte ; durillons à la tête des métacarpiens, sauf du premier. La pulpe du pouce est occupée par une plaque cornée jaunâtre. A l'éminence hypothénar, un long durillon crevassé. Dans le milieu de la main, la peau est à peu près normale.

Hyperhidrose très accentuée.

Ongles normaux. Sur les faces dorsales des mains, rien à signaler.

VII. — M[me] Coud..., 41 ans, marchande, est atteinte d'hyperkératose depuis l'âge de 6 ans.

Pied droit. — Ce pied est rétracté, mesure 3 centimètres de moins de longueur que le pied gauche ; la voûte plantaire est très accusée. Les orteils sont fléchis en griffe. Cette déformation a débuté dans l'enfance et s'est progressivement et constamment aggravée depuis ; elle rend la marche douloureuse et même impossible.

Deux larges placards cornés siègent, l'un au talon, l'autre à l'extrémité des métatarsiens ; ce dernier s'étend chaque jour davantage, occupe tout l'avant-pied et tend à envahir la voûte palmaire ; sa surface est plane, non craquelée, et se confond insensiblement avec la peau saine. Au talon, une large plaque cornée, d'une belle couleur ambrée très épaisse, remonte en arrière et sur les côtés ; sa dureté est extrême : il sonne sous le choc comme une corne de bœuf ; aucune crevasse.

A la tête du premier métatarsien, un gros durillon, épais, ovalaire, séparé de la peau saine par un sillon profond : couleur jaune ambré ; sur le bord externe du petit orteil, un durillon large, aplati, occupe presque toute la longueur de ce doigt, et forme un ergot en arrière.

Les ongles sont normaux, sauf l'ongle du petit orteil qui est onychogryphotique.

Pied gauche. — Toute la partie du pied qui repose sur le sol est le siège d'une couche cornée épaisse ; la voûte plantaire est indemne et la peau y est très fine. Au talon, un large placard corné remonte à la face postérieure et sur les parties latérales ; la couleur est jaune transparent, avec quelques fissures tangentielles, mais pas de crevasses. Une bande légèrement rosée, de 4 à 5 millimètres, sépare cette couche cornée de la peau saine du reste du pied. Sous la tête du premier métatarsien, et occupant le bord externe, on

trouve un durillon long de 5 centim. sur 3 de large, remontant sur le bord interne du pied.

La tête des deuxième, troisième, quatrième et cinquième métatarsiens est occupée par un large placard corné, sans fissure ni crevasses. A la tête du cinquième métatarsien, sur le bord du pied, un sillon allongé, crevassé, se continue avec une petite bande hyperkératosique qui va rejoindre la couche cornée du talon.

A la pulpe des quatrième et cinquième orteils, deux petits durillons.

Les ongles sont normaux, sauf celui du quatrième orteil qui présente un épaississement qui tient à la fois de la lame et du lit de l'ongle.

Pas d'hyperhidrose.

Aux mains, rien à noter ; peau très fine, mais hyperhidrose.

VIII. — Joseph C..., 24 ans, employé au chemin de fer; est atteint d'hyperkératose depuis l'âge de 5 ans ; les mains et les pieds sont envahis, à la face palmaire et plantaire seulement. Il habite Angoulême et nous n'avons pu le voir.

Le Secrétaire.

L. Brodier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DERMATOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 14 juin 1899.

Lupus érythémateux.

J. Galloway présente une femme qui a déjà été présentée en janvier de l'année dernière. On ne découvre pas la moindre trace de tuberculose, mais la malade est alcoolique et a une cirrhose du foie avec augmentation de volume de cet organe. G. insiste sur ce que les « érythèmes à tendance cicatricielle » peuvent avoir des causes multiples et que la tuberculose n'est probablement qu'une de ces causes.

Sclérodermie en plaques chez un nouveau-né.

J.-J. Pringle présente un enfant de six semaines, bien portant sous tous les autres rapports, qui, depuis l'âge de 15 jours, porte dans chaque région deltoïdienne une plaque dure, saillante, mamelonnée, légèrement rougeâtre, mesurant 2 pouces sur trois quarts de pouce. Une grande plaque de sclérodermie typique occupe la partie inférieure du dos.

Folliculite pustuleuse du cuir chevelu.

J. J. Pringle présente un garçon de 16 ans qui porte sur le cuir chevelu une vaste plaque de croûtes épaisses. Après avoir nettoyé la tête, on trouve que dans l'aire malade tous les follicules pileux sont en suppuration ou même détruits, formant de grandes plaques alopéciques. Cet état date de deux ans et demi ; il s'est établi dans l'espace de six semaines et persiste depuis sans changement. On crut tout d'abord au favus, mais l'examen microscopique et bactériologique n'a montré que des staphylocoques.

Séance du 12 juillet 1899.

Inflammation de la lèvre.

M. Morris présente une femme de 40 ans, atteinte depuis six mois d'une inflammation squameuse et suppurative de la lèvre inférieure. Elle avait en même temps une pyorrhée alvéolaire très intense. L'extraction de toutes les dents malades a eu pour résultat la guérison des gencives et de la lèvre, mais avec un certain degré d'atrophie.

J. Galloway remarque que ces cas sont assez fréquents.

Pigmentation de la bouche.

Colcott Fox montre un homme de 40 ans qui ne présente pas d'autre symptôme que des taches lenticulaires d'un brun noir, semées sur toute l'étendue de la muqueuse buccale.

S. Mackenzie dit que, malgré la bonne santé apparente, il faut craindre une maladie d'Addison ; la pigmentation de la bouche peut en être pendant un certain temps le seul et unique symptôme.

Dermatite gangréneuse.

J. Sequeira présente un enfant de un an, d'aspect anémique et misérable. Il est le dernier enfant d'une mère qui a eu 9 enfants sains, puis une fausse couche ; il est très maigre, le front est large et proéminent, la fontanelle antérieure est encore très large. La maladie a débuté à six mois par les avant-bras. Les lésions commencent par une papule qui se surmonte d'une vésicule puis d'une pustule ; il se forme alors une croûte couvrant un ulcère arrondi qui guérit, laissant une cicatrice déprimée. Les lésions récentes ressemblent beaucoup à des pustules de variole, elles sont disséminées en grand nombre sur les membres et le dos. Le foie et la rate sont volumineux. Sous l'influence d'un traitement antiseptique local, il s'est fait une notable amélioration. La plupart des membres de la Société pensent que la syphilis doit être mise hors de cause et qu'il s'agit d'une infection pyogène chez un enfant cachectique.

Séance du 11 octobre 1899.

Pigmentation de la muqueuse buccale.

R. Crocker présente un homme qui, depuis quatre ans, a sur la face muqueuse des lèvres et des joues des taches de la grandeur d'une lentille et d'une teinte variant du brun clair au noir. Le malade est entré à l'hôpital pour un prurit généralisé dû à un ictère calculeux. Il n'y a aucun symptôme de maladie d'Addison.

Chéloïde.

Crocker et Pernet présentent une femme de 40 ans avec des chéloïdes du dos consécutives à une brûlure. Ces tumeurs dures et douloureuses se sont fort améliorées par l'électrolyse pratiquée avec une aiguille tranchante introduite à plat sous les tumeurs.

Un autre cas de chéloïde dû à la même cause a été amélioré par des injections de thiosinamine sur le bord des tumeurs.

Traitement du lupus par la méthode de Finsen.

M. Morris présente un homme de 40 ans, atteint d'un lupus étendu de la face et des oreilles et qui vient d'être traité par la photothérapie dans l'Institut Finsen pendant quatre mois. Le traitement n'a guère été appliqué que sur un côté de la face et a consisté en expositions quotidiennes d'une heure environ. L'amélioration du côté traité est très marquée, et le résultat est certainement meilleur qu'il n'eût été avec les méthodes en usage.

Pringle constate que la méthode est très rationnelle et que ses résultats sont bons, mais pas meilleurs que ce qu'on peut obtenir avec les méthodes ordinaires. Les photographies qu'il a vues n'indiquent pas que la guérison soit complète en aucun cas.

Galloway croit que les anciennes méthodes de traitement appliquées

avec autant de rigueur et de persévérance pendant plusieurs mois donneraient de tout aussi bons résultats et à moins de frais. Le malade présenté par Morris est certainement amélioré, mais il est loin d'être guéri. Il faut remarquer que le traitement accessoire par les cautérisations actuelles ou chimiques n'est peut-être pas sans influence sur les résultats obtenus.

Problème ?

Pringle montre un jeune homme de 18 ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels, qui présente une éruption nodulaire sur le cou, la face, le cuir chevelu et la face dorsale du poignet. La lésion principale est sur le côté gauche du cou, en arrière du sterno-mastoïdien. Elle est formée de nodules saillants gros comme un pois, rose vif, obtus, durs, surmontés d'une squame épaisse et très adhérente. Les nodules sont traversés, mais non centrés, par des poils et des cheveux normaux.

Les lésions se sont montrées il y a huit mois ; elles ont graduellement augmenté et ne s'accompagnent que d'un léger prurit.

Crocker croit qu'il s'agit de lupus érythémateux ; il a observé et publié des cas analogues.

Syphilide tuberculeuse.

J. J. Pringle présente une femme de 42 ans ayant contracté la syphilis depuis six ans. Le front et la partie voisine du cuir chevelu sont couverts par une large tuméfaction rouge violacé, bien limitée, bosselée, molle, indolente et donnant l'apparence d'un léontiasis, surtout à cause des saillies qui surplombent les arcades sourcilières. Sur la face antérieure de l'avant-bras droit sont deux tumeurs violacées semi-fluctuantes.

Ulcère de la cuisse.

Marmaduke Sheild présente un homme de 21 ans qui, en décembre 1897, sans maladie ou lésion antérieure, eut un abcès dans l'aine gauche. A l'abcès succéda un ulcère qui grandit peu à peu et fut traité par des cautérisations variées, par le raclage et un séjour au bord de la mer. Il finit par cicatriser dans l'aine en laissant une large cicatrice. Mais un prolongement de cet ulcère persiste encore à la face externe de la cuisse et présente 8 ou 9 pouces de diamètre. Le bord est violacé et infiltré. Malgré l'absence d'antécédents et l'insuccès des traitements antisyphilitiques précédemment employés, Sheild incline à considérer cette lésion comme syphilitique, en faisant quelques réserves relativement à la possibilité d'une lésion causée par un streptothrix ou un blastomycète.

Séance du 8 novembre 1899.

Éruption estivale.

R. Crocker présente un garçon de 15 ans qui, depuis trois ans, est atteint de la même façon tous les étés. La première attaque est survenue un an après l'extirpation de ganglions scrofuleux du cou.

D'une façon générale, l'éruption ressemble au prurigo : la face et le dos des mains sont les parties les plus atteintes ; elles sont couvertes de petites

papules surmontées d'une croûtelle; la face dorsale des avant-bras présente des macules, des croûtes et des papules semblables à celles du lichen plan. L'éruption occupe encore les coudes, la partie inférieure de la face postérieure des bras, les fesses, la partie postérieure des cuisses et un peu les genoux. Les lésions commencent par de petites vésicules sans rougeur, puis deviennent ensuite pustuleuses et forment enfin une croûte sous l'influence du grattage. L'éruption est provoquée par le soleil et un peu aussi par le vent d'Est.

La santé générale est bonne; la sœur du malade a, tous les étés, une éruption analogue, mais offrant plutôt le type de l'urticaire.

Ce cas ressemble au prurigo adolescentium, type Neumann, de Hutchinson.

Colcott Fox présente un cas analogue au précédent chez une fillette de 6 ans, qui a eu beaucoup de bronchites pendant sa première enfance. L'éruption actuelle s'est montrée, pour la première fois, en juin 1899 et d'une façon très subite. Elle occupe la face, les oreilles, le cou, les avant-bras, la face dorsale des mains et des doigts, un peu le dos et les membres inférieurs du côté de l'extension. Elle est formée de papules et de pustules du volume d'un grain de chènevis, excoriées par le grattage, abondamment disséminées et sans tendance au groupement. L'éruption s'accompagne d'un prurit violent; après avoir duré tout l'été, elle commence à s'atténuer et est évidemment influencée par la lumière solaire.

Séance du 13 décembre 1899.

Mycosis fongoïde.

Galloway présente une femme de 32 ans qui, depuis un an, a commencé à avoir sur le tronc et les membres des placards arrondis roses ou rouge-brun, infiltrés ou œdématiés, plus saillants à certains moments qu'à d'autres, et présentant alors une certaine ressemblance avec de l'urticaire. Quelques plaques sont un peu squameuses et toutes sont fortement prurigineuses. Les ganglions sont un peu tuméfiés. Il s'agit évidemment d'un cas d'éruption prémycosique.

Pityriasis pilaire.

Stephen Mackenzie montre un jeune homme de 16 ans qui a eu, il y a sept ans, une éruption tout à fait semblable à l'actuelle et une petite poussée analogue il y a deux ans.

L'éruption actuelle a débuté depuis sept semaines par les régions rétro-auriculaires, puis s'est étendue à la face en forme de nappe rouge et au reste du corps sous forme de petites papules rouges qui confluent.

Le cuir chevelu, la face et les oreilles sont occupés par une éruption rouge couverte d'une fine desquamation nacrée, psoriasiforme; vers les angles de la mâchoire, elle se dissocie en petites papules. Sur la partie supérieure du tronc et sur les membres du côté de l'extension, la peau est uniformément rouge et squameuse; dans les parties moins atteintes, parties inférieures du tronc, plis de flexion, l'éruption s'égrène en papules miliaires rouges, coiffées de squames nacrées, souvent surmontées d'un

poil. Les paumes des mains et les plantes des pieds sont le siège d'une hyperkératose considérable ; les ongles sont striés aux doigts et aux orteils. Toute l'éruption est très prurigineuse.

Dermatite herpétiforme.

Pringle présente deux cas.

I. — Un cultivateur de 58 ans, robuste, est atteint, depuis juin 1898, d'une éruption que P. a vue en octobre 1899. Elle formait de grands cercles sur le tronc et les membres, surtout dans les plis de flexion. Le contour nettement polycyclique était couvert de squames jaunâtres ; dans l'aire de ces cercles la peau était tout à fait normale, sauf la présence de cercles plus petits mais semblables. Le malade affirmait que l'éruption avait commencé par des bulles ; il y avait un prurit modéré. P. fit avec hésitation le diagnostic de psoriasis et donna de l'arsenic et une pommade à l'huile de cade.

L'éruption disparut presque, puis reparut à la fin de novembre avec les mêmes caractères, sauf que, dans l'aire des cercles et sur les bords, il y avait des bulles de la dimension d'un pois à celle d'un haricot.

II. — Une femme de 72 ans, atteinte depuis juillet 1898, d'une éruption prurigineuse généralisée manifestée surtout par une lichénisation diffuse très accusée. Ce n'est que dans ces dernières semaines que se sont montrées des bulles disséminées un peu partout.

Éruption artificielle.

Pringle présente une jeune fille de 20 ans, qui depuis un certain temps présente sur toutes les parties du corps qui peuvent être atteintes par la main droite des groupes de bulles ou de grandes phlyctènes. Les dernières manifestations sont des groupes bulleux ou des phlyctènes exactement quadrilatères. La malade produisait ces lésions avec de la farine de moutarde.

Séance du 10 janvier 1900.

Gangrène cutanée.

R. Crocker présente une jeune fille de 16 ans, qui, en mai 1899, a eu une gangrène sèche de l'index gauche consécutive à une plaie traitée par un pansement phéniqué ; il y eut en même temps une menace de gangrène du doigt adjacent.

En juillet, elle se fait une plaie accidentelle du coude droit qui ne guérit qu'incomplètement. Il y a une semaine, dans les premiers jours de janvier 1900, il se fait au sommet de l'olécrâne une plaque de gangrène cutanée de 3 pouces de large dont le centre est soulevé par une bulle. Dans le voisinage de cette plaque se trouvent quelques petites taches analogues.

Lupus vaccinal.

Graham Little présente une fillette de 9 ans, vaccinée à 4 mois par quatre piqûres sur le bras gauche avec du vaccin de génisse. Les deux piqûres

supérieures guérirent normalement, les deux inférieures ne guérirent pas et présentèrent au bout de six semaines des petits boutons rouges qui, plus tard, devinrent de larges ulcères. Depuis un an, ces lésions ne sont plus ulcérées et l'on trouve à la place des deux piqûres un placard de lupus tuberculeux typique de deux pouces de large, avec trois nodules isolés dans le voisinage. Les ganglions axillaires sont un peu tuméfiés. Il n'y a pas d'autre manifestation tuberculeuse, et pas de tuberculose dans la famille.

Séance du 14 mars 1900.

Fibro-lipomes multiples.

Bunch présente une femme de 48 ans qui portait, il y a deux mois, une tumeur située au niveau de l'insertion du deltoïde du côté droit; cette tumeur avait deux pouces de large, était mal délimitée, ferme, sans fluctuation, faisant corps avec la peau, sans lobulation. Une autre tumeur analogue était située au-dessus du condyle de l'humérus droit; elle était plus petite et franchement sous-cutanée. Quinze jours après, une troisième tumeur est apparue au pli du coude droit. Depuis lors, les deux premières tumeurs ont un peu diminué et il est survenu des douleurs lancinantes dans le bras droit.

Lupus érythémateux des membres.

C. Fox présente un homme de 65 ans qui, depuis trois mois, est atteint d'une éruption de macules rouges squameuses confluant en grandes plaques et occupant le dos des mains, la face postérieure des avant-bras, les côtés du cou, la face, le nez et les oreilles. Les oreilles et le nez ont été autrefois rouges et présentent une certaine atrophie cicatricielle ; on peut deviner un état un peu cicatriciel sur les plaques des avant-bras.

Éléphantiasis nostras.

Penrose montre une femme d'âge mûr qui, depuis son enfance, a toujours présenté un peu de gonflement des membres inférieurs ; depuis quatre ou cinq ans, les jambes sont devenues franchement éléphantiasiques.

P. pense à une obstruction lymphatique ; la mère de la malade l'attribuait à ce que pendant sa grossesse elle avait été effrayée et presque foulée aux pieds par un éléphant.

Séance du 9 mai 1900.

Lichen plan linéaire.

Galloway présente une femme de 45 ans, névropathique et alcoolique, qui depuis deux mois porte une éruption formée de papules miliaires planes, reposant sur une base rouge et de tout point identiques à celles du lichen plan. Ces papules forment un groupe sur la fesse gauche et une bande d'un quart de pouce de large, parfaitement limitée et rectiligne, s'étendant tout le long de la face interne de la cuisse et de la jambe jusqu'au pied, et s'accompagnant d'un prurit très violent. Ce cas est tout à fait semblable à un autre, présenté à la Société par Galloway en 1896. On

pourrait songer à un nævus systématisé, mais l'apparition si récente des lésions dans l'un et l'autre cas ne permet pas d'accepter cette hypothèse.

Dermatite herpétiforme chez un enfant.

Galloway montre un garçon de 4 ans, atteint d'une éruption de dermatite herpétiforme typique datant de trois mois, occupant les membres supérieurs et inférieurs, mais surtout l'hypogastre, les fesses et la région génitale, formée de papules et de bulles atteignant un quart de pouce. Le prurit est médiocre.

Pigmentation à la suite du lichen plan.

Galloway présente une femme de 24 ans avec des vestiges d'un lichen plan en plaques et de nombreuses macules brun sépia disséminées surtout sur l'abdomen et les cuisses. Elle n'a jamais pris d'arsenic.

Dans la discussion, divers membres de la Société déclarent avoir vu des pigmentations aussi intenses succéder au lichen plan sans qu'on pût incriminer l'arsenic.

Morris en montre une semblable chez un garçon de 8 ans.

Lupus tuberculeux multiple.

G. Little montre une fillette de 7 ans avec 8 petites plaques de lupus survenues à la suite d'une varicelle. La santé générale est bonne ; quelques ganglions cervicaux.

W. D.

DERMATOLOGICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN AND IRELAND

Séance du 28 février 1900.

Urticaire pigmentée.

Jaffreys présente un garçon de 15 mois, qui a commencé, à l'âge de 4 mois, à avoir des taches sur le corps. Actuellement il est criblé de macules de la grandeur d'un pois ou plus grandes par confluence : elles sont au début saillantes et urticariennes ; puis, au bout de un jour ou un jour et demi, elles s'affaissent en laissant une tache pigmentée.

Sycosis simple.

Eddowes montre un cas de sycosis de la lèvre supérieure chez un homme qui en est atteint depuis deux ans. Il y a un écoulement nasal qui dure depuis trente ans, et un catarrhe gastrique depuis deux ans. Dans un certain nombre de cas analogues, Eddowes a constaté que le sycosis est la suite d'un coryza chronique consécutif lui-même à une conjonctivite qui s'est propagée à la pituitaire par les conduits lacrymaux.

Pelade.

Eddowes présente un cas de pelade très étendue chez un jeune homme qui porte des plaques rappelant la morphée. C'est là une association qui a été souvent signalée.Un second peladique a la syphilis depuis deux ans.

Abraham montre un cas de pelade du cuir chevelu chez un syphilitique ;

il y a des plaques d'alopécie limitée, et l'auteur pense que tout trouble de la santé générale peut déterminer des alopécies qui ne se distinguent pas de la pelade.

Pernet n'a jamais vu la syphilis produire autre chose que des alopécies diffuses.

Crocker pense que la syphilis est une des nombreuses causes capables de produire le syndrome peladique.

Œdème aigu circonscrit.

Walsh présente une jeune femme de 22 ans, qui depuis plusieurs années a des attaques de gonflement des mains et des cous-de-pied. Les attaques débutent par des douleurs très vives qui durent une journée; puis survient un gonflement dur, tendu et douloureux, ne prenant pas l'empreinte du doigt. Cet œdème laisse à sa suite du gonflement et de la douleur des jointures. La malade a des engelures, et ses extrémités sont toujours froides. Sa mère avait des rhumatismes et une lésion du cœur; son père avait de la bronchite chronique et de l'asthme.

Pernet considère qu'il s'agit de l'œdème blanc de Sydenham.

Troubles trophiques des doigts.

Walsh montre une femme de 67 ans qui depuis dix ans a souffert des jointures des doigts. Actuellement, les ongles sont épais, courts et décolorés; les bouts des doigts sont atrophiés et squameux et quelques articulations sont profondément altérées, ainsi que l'ont montré les radiographies; les doigts sont bleus et l'on y trouve tous les caractères du syndrome de Raynaud. Dans le relevé de Munro, sur 171 cas de ce syndrome 12 étaient survenus chez des individus âgés de plus de 60 ans.

Tinea nodosa.

Pernet montre des poils de moustache sur lesquels les parasites, englobés dans une substance gommeuse, forment des amas. Ces parasites forment des rangées disposées perpendiculairement à la tige du poil, agglutinés par une substance transparente. La substance même du cheveu n'est pas envahie.

Pityriasis versicolore de la face.

Arthur Powel rappelle qne tous les auteurs européens sont unanimes à déclarer que le pityriasis versicolore est extrêmement rare à la face; or, cette localisation est très commune en Assam. Depuis trois mois il l'a rencontrée 56 fois; 9 fois il a vérifié le diagnostic par l'examen microscopique et le parasite présente exactement le même aspect qu'en Europe.

Sur les peaux noires, les taches présentent une teinte chamois. La fréquence du pityriasis versicolore à la face dans l'Inde et sa rareté en Europe tient peut-être à ce que les Indous ne se savonnent jamais, bien qu'ils se baignent souvent.

Mac Leod rapporte un cas de pityriasis versicolore de la face chez une femme. Les taches étaient très brunes et entouraient le nez et la face. Le diagnostic fut vérifié par l'examen microscopique.

Séance du 24 mai 1900.

Érythème noueux.

A.-J. Harrison a relevé 80 cas d'érythème noueux sur 15,000 cas de dermatoses ; il est frappé de ce qu'il n'a jamais pu découvrir un cas de récidive. Cela suffit pour établir une différence considérable avec le rhumatisme articulaire aigu qui a une grande tendance à récidiver. Il en conclut que, malgré les analogies et la présence des arthrites, l'érythème noueux est une maladie à part, tout à fait distincte du rhumatisme. W. D.

NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

Séance du 27 septembre 1899.

Kératose précancéreuse.

Allen présente un homme de 24 ans qui a sur la lèvre une petite fissure saignante avec des bords hyperkératosiques. Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, on a fait un traitement spécifique mais sans résultat. Malgré le jeune âge du malade, il paraît bien s'agir d'un épithéliome au début.

La plupart des membres présents admettent ce diagnostic et remarquent que l'épithéliome de la face, bien qu'exceptionnel chez des individus au-dessous de 30 ans, n'est cependant pas aussi rare que les livres classiques le feraient supposer et qu'il ne faut pas éliminer ce diagnostic uniquement à cause de l'âge.

Xeroderma pigmentosum.

Bronson présente uue petite fille de 8 ans très susceptible, dès sa première enfance, à l'influence du soleil qui lui provoquait de l'érythème et des bulles. A 4 ans, on a remarqué des taches pigmentaires et des verrucosités sur la face et le dos des mains. Actuellement, la face paraît à première vue atteinte d'eczéma, mais on distingue des verrucosités sur les joues et le nez, un semis abondant de petites taches pigmentées, une multitude de petites cicatrices blanches surtout au-dessous des yeux, quelques petites dilatations vasculaires. Un peu d'ectropion à gauche.

Johnston considère ces cas comme un bon exemple des effets de la lumière sur la peau. Dans un cas qu'il a vu à Edimbourg, la maladie fut enrayée pendant longtemps par le port d'un voile brun et l'application d'une pommade brune.

Sclérodermie.

G. Elliot présente une jeune femme atteinte de sclérodermie depuis douze ans. La maladie a débuté par le bout des doigts, s'est élevée graduellement aux mains et aux avant-bras et a en même temps envahi la face. Les dernières phalanges sont raccourcies, mais les articulations sont à peu près indemnes. Depuis neuf ans la malade ne suit aucun traitement et cependant il y a eu pendant ce temps une réelle amélioration dans son état.

Allen cite un cas où, au contraire, les doigts étaient effilés.

Kératodermie palmaire.

Allen présente un médecin de 26 ans, atteint depuis treize ans de kératose de la paume des mains. Il se forme de temps en temps de petits nodules cornés comme des grains de sagou qu'on fait éliminer avec un emplâtre salicylé. Le malade a pendant longtemps pris de l'arsenic à haute dose, mais depuis un certain temps il n'en prend plus, sans que cette suppression ait influencé la kératodermie.

Séance du 23 janvier 1900.

Pityriasis versicolore.

C. W. Allen présente un jeune garçon atteint, d'une part de favus et, d'autre part, d'un pityriasis versicolore qui s'étend du cou sur les parties latérales de la face jusqu'à la lisière des cheveux et sur la nuque jusque dans la partie occipitale du cuir chevelu.

Épithélioma de la plante du pied.

Sherwell présente une femme de 48 ans, chez qui la lésion actuelle a débuté depuis six ans par une bulle sous la plante du pied droit sans cause locale appréciable. S. la vit pour la première fois il y a un mois, et elle présentait à ce moment tous les symptômes d'un mal perforant. On ne trouvait aucune trace de maladie des centres nerveux. Depuis des attouchements au nitrate de mercure, la lésion a changé d'aspect ; elle est devenue fongueuse, et la plupart des assistants pensent qu'il s'agit actuellement d'un épithélioma.

Xanthome diabétique.

Sherwell présente une femme de 40 ans avec une éruption très étendue de xanthome diabétique occupant les fesses, le dos, les cuisses, les bras, les jambes, la nuque et les mains, surtout à la face palmaire. Il y avait une glycosurie notable. Depuis que la malade a été soumise au régime, les lésions ont diminué d'un tiers.

Séance du 27 février 1900.

Pityriasis rosé chez un syphilitique.

Klotz présente un homme de 21 ans qui a eu, en septembre dernier, un chancre suivi de syphilides lenticulaires qui ont rapidement disparu avec un traitement par le sublimé à l'intérieur.

En décembre il s'est montré, sur le tronc, une éruption de taches rouges qui s'est graduellement étendue en janvier et février sur le tronc et les membres inférieurs en disparaissant sur les premières parties atteintes. Ces taches rouges très faiblement squameuses grandissaient peu à peu en se pigmentant au centre et en formant des cercles festonnés.

Dans la discussion les avis sont très partagés et quelques membres pensent qu'il s'agit plutôt soit de syphilides circinées, soit d'un érythème hydrargyrique.

W. D.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Étiologie de la syphilis.

Syphilis gommeuse chez le mari ; syphilis condylomateuse chez la femme (Sifilide gommosa nel marito ; sifilide condilomatosa nella moglie), par G. SANGUINETI. *Atti della Società italiana di dermatologia e sifilografia*, t. III, p. 25.

Homme atteint, en 1889, de chancre de la verge, suivi de roséole, de plaques muqueuses pharyngiennes et, l'année suivante, de rétinite syphilitique ; après avoir été indemne de tout accident syphilitique pendant trois ans, il se marie, a successivement 2 enfants bien portants, n'ayant aucune trace de syphilis ; en mai 1898, gomme de la langue du volume d'une demi-noisette avec glossite interstitielle diffuse, qui guérissent rapidement par le traitement mercuriel. A la même époque, sa femme présente des plaques muqueuses ulcérées, vaginales et péri-anales, une syphilide maculo-papuleuse, des plaques palmaires, une céphalée intense, des adénopathies cervicales.

S. déclare qu'il n'a pu retrouver par l'interrogatoire aucune autre origine à la syphilis de la femme que les lésions linguales du mari. Il ne donne aucun renseignement sur l'accident initial de la femme. G. T.

A quel âge se prend la syphilis ? par EDM. FOURNIER. *Presse médicale*, 4 avril 1900, p. 164.

Les statistiques sur lesquelles se base F. pour résoudre cette question portent sur 11,000 malades (10,000 hommes, 1,000 femmes) de la clientèle de ville de son père ; sur plus de 5,000 malades d'hôpital et sur plus de 1,100 prostituées.

Il résulte de leur étude que, chez l'homme dans la clientèle de ville, la syphilis commence à se prendre à l'âge de 14 ans ; que sa fréquence augmente d'une façon très rapidement progressive ; qu'elle augmente surtout à 20 ans, pour présenter son maximum à 23 ans, avec un chiffre très voisin du maximum à 22 et à 24 ans, puis qu'elle décroît rapidement à partir de 27 ans pour atteindre à 30 ans le même chiffre qu'à 19 ans ; à partir de 30 ans, elle baisse rapidement jusqu'à 40 ans, puis plus lentement jusqu'à 50 ans, et, à partir de 60 ans, on ne trouve plus que quelques unités. Sa fréquence est, en somme, proportionnelle aux besoins génitaux de chaque âge.

Chez la femme, dans la clientèle de ville, la grande poussée juvénile est plus précoce que chez l'homme, et se fait de 19 à 21 ans, et la syphilis sénile fait défaut.

A l'hôpital, pour l'homme, la marche générale est la même qu'en ville, cependant la fréquence des contaminations est plus précoce, elle est déjà très élevée à 17, 18, 19 et 20 ans.

A l'hôpital, la femme prend la syphilis notablement plus tôt qu'en ville, les chiffres les plus élevés des contaminations s'observent de 16 à 17 ans,

pour se continuer jusqu'à 22 ans, avec un fastigium à 18. Comme en ville il n'y a, pour ainsi dire, pas de syphilis sénile chez la femme.

Chez les prostituées, la contagion syphilitique commence tôt, à 14 ans environ, quelquefois plus tôt; elle augmente très rapidement, surtout de 15 à 17, atteint sa plus grande intensité de 17 à 21 ans, avec un maximum à 18 ans comme chez la femme du peuple. A partir de 20 ans, le chiffre des contaminations diminue et aux environs de la 40e année il devient infime ; la prostituée n'a plus à gagner la syphilis à partir d'un certain âge.

Il résulte de ces constatations que le nombre des contagions réalisées avant l'âge dit de majorité est considérable (14 à 20 p. 100 chez l'homme suivant les milieux, 31,3 p. 100 chez la femme dans la clientèle de ville, 48 p. 100 chez la femme à l'hôpital, 63 p. 100 chez la prostituée), d'où la légitimité de la protection des jeunes et la nécessité de se tenir en garde d'une façon toute particulière contre la prostituée majeure. G. T.

Chancres extra-génitaux.

Chancre buccal (Extra-genital chancre), par W. T. Freeman. *British Journal of Dermatology*, décembre 1899, p. 461.

Une jeune fille de 16 ans présente un ulcère large comme un demi-shilling sur le côté extérieur de la gencive correspondant à la dernière molaire inférieure droite ; cet ulcère est végétant et dur au toucher ; la muqueuse voisine de la gencive et de la joue est gonflée au point de faire saillie en dehors de la joue ; il n'y a pas à ce moment d'adénopathie ni d'éruption. Le traitement mercuriel amène assez promptement la guérison de cet ulcère; mais pendant ce temps il apparaît une adénopathie généralisée et une éruption érythémateuse. W. D.

Syphilis transmise par des instruments de dentiste (Syphilis from dental instruments), par W. L. Baum. *Journal of the American medical Association*, 27 janvier 1900, p. 214.

I. — Chancre de l'index droit chez un dentiste qui s'était blessé avec un de ses instruments au cours d'une opération.

II. — Homme de 29 ans, blessé à la langue par le dentiste qui lui arrangeait ses dents ; dix jours après survient en ce point un petit nodule dur qui s'ulcère et s'accompagne d'adénopathie cervicale et plus tard d'autres manifestations syphilitiques.

III. — Homme de 22 ans, chancre de la lèvre inférieure au point qu'il avait été blessé par le dentiste.

IV. — Femme de 35 ans, chancre de la langue en un point qui avait été blessé par l'instrument d'un dentiste.

V. — Fille de 15 ans, amygdalotomie; la plaie persiste, reste dure et il s'y développe un chancre ; l'opérateur tenait assez mal ses instruments.

VI. — Homme de 47 ans, chancre de la lèvre supérieure au siège d'une écorchure faite quelques semaines avant par un dentiste. W. D.

Transmission de la syphilis aux animaux.

Essai de transmission de la syphilis au veau (A experiment in the transmission of the Syphilis to calves, par Mazyck Ravenel. *American Journal of the med. Sciences*, avril 1900, p. 420.

Relation de deux expériences bien conduites mais complètement néga-

tives. Les deux animaux, une génisse et un veau, avaient été inoculés avec la sécrétion d'une plaque muqueuse et d'un chancre induré. W. D.

Communication préliminaire sur les inoculations de la syphilis aux animaux (Vorläufige Mittheilungen über Syphilisimpfungen am Thiere), par Hügel et Holzhauser. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LI, p. 225.

Voici le résultat des recherches de H. et H. chez une truie à laquelle on avait fait une injection hypodermique de sang d'un malade atteint de syphilis secondaire. On constata, au bout de quatorze jours, des ganglions inguinaux indolents, au bout d'un mois peut-être de la roséole; en tout cas, après six semaines, une syphilide maculo-papuleuse. En outre, H. et H. remarquèrent que le porc fut arrêté dans sa croissance. Chez un sanglier auquel on avait inoculé un chancre, ils ne virent jamais survenir d'accidents pouvant faire penser que le virus syphilitique s'était répandu dans l'organisme.

En s'appuyant sur les résultats antérieurs de Martineau, Hamonic et Adrian, et sur les données ci-dessus, H. et H. croient que le virus syphilitique est transmissible aux animaux à sang chaud et tout particulièrement au porc. A. Doyon.

Gommes syphilitiques.

Gommes et récidive de chancre (Gummata and chancre redux), par H. G. Anthony. *American Journal of Dermatology and genito-urin. diseases*, juillet 1899, p. 129.

Les traumatismes peuvent souvent déterminer la localisation d'une gomme chez des syphilitiques méconnus. Il peut survenir de ce chef des difficultés particulières de diagnostic.

Un homme de 40 ans, marié, père de famille, sans rien qui pût indiquer l'existence d'une syphilis ancienne, reçoit un coup sur la partie antérieure de la jambe. Il se produit une tuméfaction qui est prise pour un abcès et incisée ; la lésion ne guérit pas, s'ulcère et laisse voir au fond une surface nécrosée. Le tout guérit facilement dès que le diagnostic fut fait.

Une dame reçoit un coup sur le front par la chute d'un cadre ; la plaie ne guérit pas et au bout de quelques semaines son aspect typique permettait de reconnaître une gomme. Un an plus tard, il survient une gomme du nez. Pas d'antécédents de syphilis.

Un homme en tombant se fait mal à la cheville. Le médecin diagnostique une entorse. Au bout de cinq ou six semaines, il se forme un ulcère gommeux typique à la partie externe de l'articulation tibio-tarsienne. Une recherche minutieuse fit découvrir des antécédents de syphilis.

On observe quelquefois chez d'anciens syphilitiques des lésions génitales qui sont diversement interprétées : chancre récidivé, ulcérations chancriformes, herpès induré chez un ancien syphilitique ou enfin gomme. L'auteur se rattache à cette dernière opinion.

Un homme de 40 ans présente sur la verge un chancre induré typique; on trouve en même temps sur le voile du palais une perforation qu'on ne peut guère attribuer qu'à la syphilis tertiaire. Au bout de dix jours d'observation, la lésion du prépuce change complètement d'aspect et se montre comme une ulcération gommeuse typique.

Un médecin sans antécédents de syphilis, mais ayant eu une blennorrhagie dix-sept ans avant, présente une ulcération indurée du prépuce ayant tous les caractères d'un chancre parcheminé. Il y a deux ans, à la suite d'une plaie de la main, il eut une éruption de la main et ultérieurement de la verge qui, bien que diagnostiquée à l'époque eczéma, était en réalité une syphilide circinée qui persiste encore. Actuellement, outre la lésion chancriforme, on trouve une gomme du corps spongieux. Pendant un mois d'observation, l'aspect des lésions n'a pas changé, mais elles guérissent promptement par le traitement spécifique. Il est probable que l'infection syphilitique a été contemporaine de la blennorrhagie et que l'érosion indurée était une gomme.

Un homme traité huit ans avant par l'auteur pour de multiples manifestations de syphilis secondaire, se présente avec de l'herpès préputial; quelques jours après, l'herpès s'était induré et revêtait l'aspect d'un chancre; enfin, au bout de dix jours, l'ulcération se creuse et devient phagédénique. Tout guérit par le traitement spécifique. W. D.

Syphilis du système nerveux.

Syphilis cérébrale sept mois après l'accident primitif. Oblitération de la sylvienne gauche. Mort en trois jours, par J. Charvet. *Revue neurologique*, 30 décembre 1899, p. 921.

Femme de 22 ans, atteinte de chancre de la vulve en août 1896; accidents secondaires multiples et prolongés : plaques muqueuses vulvaires, anales et buccales, lésions psoriasiformes palmaires et plantaires, alopécie étendue, éruption papuleuse ; le 5 février 1897, ictus incomplet avec gêne de la parole se transformant le lendemain en hémiplégie droite complète avec aphasie ; mort au bout de trois jours, dans le coma, avec fièvre.

A l'autopsie, rien du côté des os du crâne et des méninges ; léger épaississement des vaisseaux de l'hexagone ; noyau dur siégeant au point d'origine de la cérébrale antérieure et de la sylvienne gauche et ayant déterminé l'oblitération de cette dernière ; pas de ramollissement apparent dans la zone cérébrale correspondant au territoire de la sylvienne; rien d'anormal dans le reste du cerveau.

A l'examen histologique de la circonvolution frontale ascendante, infiltration cellulaire prédominant sur la pie-mère et autour de ses vaisseaux, début de réaction d'encéphalite, surtout autour des artérioles et des capillaires de la substance cérébrale, mais aucune des altérations décrites comme caractéristiques du ramollissement, les artères malades sont entourées d'une véritable gangue d'infiltration embryonnaire totale ayant détruit les tuniques externe et moyenne ; l'endartère est complètement respectée sur la cérébrale antérieure et ne présente qu'un point limité d'inflammation sur la sylvienne. G. T.

Cas de méningo-myélite syphilitique (Cases illustrative of syphilitic meningo-myelitis), par Scott Mac Gregor. *Edinburgh medical Journal*, septembre 1899, p. 242.

I. — Un homme de 48 ans, ayant eu la syphilis dans sa jeunesse, commence à éprouver des douleurs dans les jointures ; peu de temps après survient de l'engourdissement dans les extrémités supérieures, surtout à gauche, et de l'amblyopie. Au bout de quelque temps, les

douleurs articulaires font place à des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, puis à de la parésie. Les membres supérieurs restent faibles et engourdis, rétention de l'urine et des fèces. Brusquement le malade est pris de douleurs violentes et de faiblesse des membres, d'oppression, et meurt en quelques heures.

A l'autopsie, on trouve un grand foyer de ramollissement au milieu de la portion dorsale de la moelle et de l'œdème des méninges cérébrales.

II. — Une femme de 42 ans a été brusquement prise d'engourdissement et de faiblesse des membres inférieurs. Ces troubles passent et reviennent à plusieurs reprises, puis la paraplégie devient définitive. La respiration et le pouls s'accélèrent et la malade meurt en quelques jours. A l'autopsie, la moelle paraît normale à l'œil nu, sauf un peu d'adhérence à la dure-mère dans la partie inférieure de la région dorsale. L'examen microscopique montra de la dilatation des vaisseaux avec de l'infiltration cellulaire périvasculaire. Divers viscères présentaient des lésions de syphilis tertiaire.

III. — Une femme de 36 ans a contracté la syphilis depuis sept mois. Elle est brusquement prise de rétention d'urine, puis de paraplégie avec abolition des réflexes rotuliens; la sensibilité, d'abord conservée, finit par disparaître et la mort survient en quatre mois.

IV. — Un garçon de 12 ans, souffrait depuis trois mois de céphalée; il est pris brusquement de troubles ataxiques, mais avec exagération des réflexes. Guérison après un traitement mercuriel énergique. W. D.

Syphilis héréditaire.

De l'influence de la syphilis post-conceptionnelle sur le placenta et le fœtus, par Fabre et Patel. *Archives de médecine expérimentale*, septembre 1899.

De l'étude des placentas provenant de trois femmes devenues syphilitiques dans le courant de la grossesse, F. et P. concluent que, dans les cas de syphilis post-conceptionnelle, le placenta présente des lésions qu'on peut considérer comme spécifiques; semblables à celles du placenta syphilitique, elles sont généralisées au placenta maternel, au placenta fœtal et aux membranes. Leur intensité semble être en rapport non pas avec l'ancienneté de l'époque de la contagion, mais avec la malignité même de la maladie. L'enfant naissant dans ces conditions, quoique sain en apparence, devra être considéré comme syphilitique et, par suite, confié à la mère toutes les fois qu'il sera possible et soumis au traitement spécifique. G. T.

La descendance des hérédo-syphilitiques (The offspring of congenital syphilitics), par G. Pernet. *British Journal of Dermatology*, décembre 1899, p. 459.

P. donne l'observation d'un enfant de 5 ans, né à terme mais pâle, petit et mal développé; il présente du strabisme convergent; la dentition est bonne, la voûte palatine est haute et étroite, l'intelligence peu développée.

La mère présente une foule de stigmates de syphilis héréditaire et en présente tous les commémoratifs. Elle a eu 7 grossesses: la première à terme, enfant mort en trois jours; la quatrième à terme, c'est le sujet de

l'observation actuelle ; toutes les autres terminées par des avortements de trois à six mois.

Le père est aveugle par atrophie du nerf optique ; il a eu une hérédité nerveuse assez chargée, mais ne paraît pas avoir eu de syphilis acquise ou héréditaire. W. D.

Traitement de la syphilis.

De l'iodolen et de son emploi thérapeutique (Ueber ein neues Iodeiweis präparat (Iodolen Laquer) und seine therapeutische Verwendung), par W. Sommerfeld. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. III, p. 29.

L'iodolen dérive de l'iodol ; il constitue une albumine iodée avec forte proportion d'iode, 36 p. 100 (donc environ la moitié de ce que contient l'iodure de potassium), tandis que l'iodolbacide n'en renferme que 8 p. 100. C'est une poudre jaunâtre, grenue, sèche, non conglomérée, sans odeur ni saveur. Exposée longtemps à une température de 100°, elle ne s'altère pas ; il faut la conserver à l'abri du contact de l'air ; elle ne se dissout que dans des solutions alcalines chaudes, diluées, sous l'influence de l'hydrolyse du corps albumineux.

L'iodolen, administré à l'intérieur, ne peut pas remplacer les iodures alcalins dans le traitement de la syphilis. Il ne possède pas leur action rapide et sûre, malgré sa capacité de résorption. Comme les iodures alcalins, il provoque des phénomènes d'intoxication et d'iodisme. Extérieurement, c'est un bon antiseptique non irritant. A. Doyon.

Injections de calomel chez les syphilitiques enceintes (Le iniezioni di calomelano nelle sifilitiche gestanti), par A. Scarenzio. *Atti della Societa italiana di dermatologia e sifilografia*, t. III, p. 67.

Quatre observations de femmes enceintes traitées par les injections de calomel. Dans la 1re, femme ayant eu un enfant syphilitique, après avoir présenté un chancre de la lèvre au début de sa grossesse ; pendant chacune des 2 grossesses suivantes, on fait 10 injections de calomel, qui se terminent par la naissance d'enfants bien portants ; — dans la 2e observation, femme contagionnée dès les premiers mois de son mariage ; accouchée successivement de 4 fœtus mort-nés, presque à terme, d'un fœtus de quelques mois, puis d'un enfant à terme qui meurt au bout de dix jours ; pendant une 7e grossesse on fait, à partir du troisième mois, tous les seize jours une injection de calomel de 10 centigrammes : naissance d'une enfant actuellement âgée de 5 ans, bien portante ; une grossesse, pendant laquelle il n'est pas fait d'injections de calomel, se termine par l'expulsion d'un fœtus mort au 8e mois; à la grossesse suivante, on commence les injections au 2e mois et l'enfant vient vivant et à terme ; — dans la 3e observation, on fait 11 injections de 5 centigrammes à une femme atteinte d'accidents spécifiques au début de sa grossesse. L'enfant vient à terme, mais présente une éruption lichénoïde à l'âge de 2 mois et meurt de méningite ; — la 4e observation se rapporte à une femme mariée à un homme syphilitique, qui avait fait 3 fausses couches ; au 3e mois d'une 4e grossesse, on commence une série de 4 injections de 10 centigrammes de calomel ; l'enfant, qui est actuellement âgé de 7 ans, n'a présenté jusqu'ici aucune manifestation syphilitique.

G. T.

Accidents du traitement mercuriel.

Cas d'idiosyncrasie très marquée vis-à-vis des injections de salicylate de mercure. Embolies pulmonaires de paraffine (Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Injectionen mit Hydrarg. salicyl., nebst einem Beitrage zur sogenannten. Paraffinembolie der Lungen), par Stark. *Monatshefte f. prakt. Dermatol.*, 1900, t. XXX, p. 201.

Chez un malade qui avait contracté la syphilis six mois auparavant et était atteint de roséole, S. fit une injection intramusculaire d'une demi-seringue Pravaz de paraffine liquide très pure renfermant 1/10 de salicylate de mercure.

Le jour même de l'injection, ce malade eut des vomissements qui persistèrent pendant cinq jours avec impossibilité de prendre d'autre nourriture que des liquides. Dès le deuxième jour, il survint sur le thorax, le dos, les bras et les cuisses des taches rouges formant en quelques points des bulles. A partir du sixième jour, tous les symptômes rétrocédèrent assez rapidement.

Le malade ayant mangé, quelques heures après l'injection, du homard qui ne paraissait pas tout à fait frais, il était possible que celui-ci fût la cause de l'intoxication.

S. fit à ce malade une deuxième injection dans les mêmes conditions que la première ; les mêmes phénomènes se produisirent, sauf qu'ils durèrent un jour de plus. Il était donc évident que l'injection de salicylate de mercure était la cause de l'intoxication. S. se décida alors à essayer les injections de calomel en suspension dans l'huile d'olive.

L'injection fut très bien tolérée, car en dehors des douleurs consécutives à l'injection de calomel, il ne survint pas de parergies.

S. dit en terminant qu'il n'a pas rapporté ce cas d'idiosyncrasie contre le salicylate de mercure pour mettre en garde contre l'emploi de ce remède, car il l'utilise presque exclusivement dans sa pratique, et, outre son action excellente, il est très bien supporté.

A ce propos, S. expose que sur 250 injections intramusculaires avec des sels mercuriels insolubles, il n'a observé que deux fois des embolies pulmonaires : chez un malade quinze minutes après l'injection, chez un autre presque en même temps que l'injection, car il n'avait pas encore eu le temps de retirer la canule. Les malaises (toux, oppression, angoisse, sueurs) persistèrent chez le premier malade deux jours et chez le second trois jours. A. Doyon.

Idiosyncrasie vis-à-vis des préparations mercurielles (Idiosynkrasie gegen Anwendung von Hydrargyrum Präparaten), par B. Schulze. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1900, t. XXX, p. 206.

Chez un malade porteur d'un chancre typique sans autres symptômes, la poudre de calomel appliquée localement détermina un exanthème médicamenteux intense qui disparut avec la cessation du médicament.

Quelques semaines plus tard, pour un engorgement ganglionnaire indolent et une syphilide maculo-papuleuse généralisée, le malade fit des frictions à la dose de 1 gramme par jour, mais au bout de deux jours réapparition d'un exanthème mercuriel. Après sa disparition on essaya de nouveau une friction avec 1 gramme d'onguent hydrargyrique ; le résultat fut

une nouvelle éruption le jour suivant ; on dut interrompre. Quinze jours plus tard, S. fit au malade une injection de 1 centigramme de sublimé dans la fesse gauche. Pas de douleurs ; cependant, au bout de dix minutes environ, il survint une syncope dont le malade se remit rapidement, mais avec la sensation d'une grande faiblesse. Le lendemain, nouvelle injection de 1 centigramme de sublimé dans la fesse droite ; les mêmes phénomènes se produisirent.

Après quelques jours de repos, on recommença le même traitement spécifique sous forme d'une pilule de tannate de mercure de 1 décigramme. Le lendemain, réapparition de l'exanthème. S. se décida alors à prescrire le traitement interne en commençant par de très faibles doses et en les augmentant graduellement ; il débuta par 1 centigramme en s'élevant jusqu'a 1 décigramme trois fois par jour ; le résultat fut des plus satisfaisants : le malade supporta le traitement sans inconvénient jusqu'à 30 centigrammes par jour. Ce cas montre qu'on peut combattre l'idiosyncrasie par l'emploi approprié d'un remède en apparence nocif et dont on peut toujours faire l'essai. alors même qu'au début on n'a pas obtenu de résultat. A. Doyon.

Stomatite mercurielle grave chez un saturnin atteint de parotidite, par P. Lereboullet. *Gazette hebdomadaire de médecine*, 25 janvier 1900, p. 73.

Homme de 36 ans, présentant un liséré gingival très net, une hypertrophie chronique des parotides et une albuminurie légère, entre à l'hôpital pour une colique saturnine. En outre, on constate des troubles cérébraux (diplopie, ptosis, céphalées) dus à une syphilis remontant à douze ans. Après guérison des troubles intestinaux, on fait une injection intra-fessière de 5 centigrammes de calomel. Quatre jours plus tard, fièvre (38°,2) et début d'une stomatite qui produit une tuméfaction intense de la langue, des ulcérations multiples des gencives et des joues, et qui ne commence à diminuer qu'au bout de treize jours ; la langue ne reprit son volume normal qu'après plus d'un mois et, pendant ce temps, l'état général avait été profondément touché.

L. pense que cette stomatite, qui rappelait par son intensité les stomatites dites « historiques », a été le résultat à la fois des lésions rénales qui entravaient l'élimination du mercure et de l'altération de la muqueuse buccale et des glandes salivaires qui diminuaient la résistance de la muqueuse à l'action nocive du mercure. G. T.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Bactériologie de la blennorrhagie.

Siège des gonocoques dans le pus blennorrhagique (Ueber die Lagerung der Gonococcen im Trippersecret), par A. Lanz. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LII, p. 51.

L. déduit de ses recherches les conclusions suivantes :

Le siège extra ou intra-cellulaire des gonocoques dans le pus blennorrhagique dépend principalement de la façon dont il est recueilli : si on l'obtient par une forte pression, les groupes de gonocoques sont constamment extra-cellulaires. Il en est toujours ainsi dans les cas où la sécrétion

est peu abondante, par conséquent au début et à la fin d'une blennorrhagie aiguë, peu de temps après la miction, etc.

La séparation de la blennorrhagie aiguë, basée sur l'examen microscopique de la sécrétion, en deux catégories, l'une avec gonocoques intra-cellulaires, l'autre avec gonocoques extra-cellulaires, ne correspond pas aux faits. On peut, suivant la manière dont l'écoulement a été recueilli chez un même malade, faire au même moment des préparations dans lesquelles il y a soit prédominance de gonocoques intra-cellulaires, soit prédominance de gonocoques extra-cellulaires.

Il est donc impossible de tirer un pronostic quelconque de l'une ou de l'autre position des gonocoques dans la sécrétion. Le siège extra-cellulaire des gonocoques ne saurait être regardé comme une contre-indication au traitement local de la blennorrhagie. A. DOYON.

Culture positive du gonocoque dans des cas d'arthrite, d'abcès sous-cutané, de cystite aiguë et chronique, de pyonéphrose et de péritonite (The Gonococcus : a report of successful cultivations from cases of arthritis, subcutaneous abcess, acute and chronic cystitis, pyonephrosis and peritonitis), par H. YOUNG. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juin 1900, p. 241.

Au fur et à mesure que les recherches se multiplient, on découvre que le gonocoque est capable de produire des lésions qu'on n'était pas disposé à lui attribuer. Il en est ainsi pour beaucoup de complications inflammatoires et suppuratives.

Y. a employé comme milieu de culture du bouillon à la gélose additionné d'un tiers de liquide d'ascite ou d'hydrocèle. Ce milieu est d'autant meilleur que le liquide ajouté contient plus d'albumine. Les examens microscopiques ont toujours été contrôlés par la méthode de Gram.

Y. rapporte un grand nombre d'observations très importantes dont nous ne pouvons donner qu'un court résumé.

Suppurations diverses. — I. — Blennorrhagie aiguë de deux semaines ; abcès périuréthral d'une semaine dans la région pénienne. Gonocoques purs dans le pus par la culture et l'examen microscopique.

II. — Blennorrhagie aiguë, grand abcès périnéal, incision ; issue d'une once de pus qui fournit des cultures pures de gonocoques.

III. — Polyarthrite blennorrhagique, arthrotomie des deux genoux ; cultures pures de gonocoques par le liquide articulaire, gonocoques très abondants par l'examen microscopique. Quatorze et dix-sept jours après, abcès sous-cutanés dans la région de l'incision, mais indépendants de la jointure. L'examen microscopique du pus montre des gonocoques seuls.

IV. — Arthrite blennorrhagique du poignet, arthrotomie, abcès sous-cutané du dos de la main ; cultures stériles ; examen microscopique, gonocoques seuls dans la sérosité articulaire et le pus de l'abcès.

V. — Rétrécissement blennorrhagique, abcès et fistules du périnée et du scrotum durant depuis trois ans. Gonocoques et colibacilles dans le pus des fistules et dans l'urine par l'examen microscopique.

Péritonite blennorrhagique. — Uréthrite aiguë, salpingite ; péritonite généralisée ; laparotomie ; gonocoques purs dans l'exsudat péritonéal par l'examen microscopique et les cultures.

Cystite blennorrhagique aiguë. — I. — Uréthrite postérieure, hématurie, cystite aiguë ; ponction de la vessie. L'urine fournit des cultures pures de gonocoques.

II. — Rétrécissement de l'urèthre, blennorrhagie aiguë ; rétention d'urine, ponction de la vessie ; urine acide très purulente ; gonocoques purs en grande quantité dans les préparations ; cultures stériles.

III. — Uréthro-cystite blennorrhagique aiguë ; ponction de la vessie ; urine très purulente ; pas de microbes ni dans les préparations ni dans les cultures.

IV. — Blennorrhagie aiguë ; épididymite. Ponction de la vessie ; urine contenant peu de pus, mais beaucoup de gonocoques ; pas de symptômes de cystite ; cultures stériles.

V. — Blennorrhagie de deux mois ; épididymite de dix jours ; pas de symptômes de cystite ; beaucoup de gonocoques dans l'urèthre. Ponction de la vessie ; urine purulente, mais sans gonocoques ni dans les préparations ni dans les cultures.

Cystite blennorrhagique chronique. — Cystite chronique d'origine blennorrhagique durant depuis cinq ans ; pyonéphrose double ; atonie de la vessie ; rétention d'urine. Ponction de la vessie ; urine alcaline et fétide. Cultures pures de gonocoques ; gonocoques abondants et seuls dans les préparations.

A propos des cystites, Y. remarque que le seul moyen d'avoir de l'urine non contaminée par l'urèthre, c'est de faire la ponction de la vessie ; cette opération est, du reste, beaucoup moins douloureuse que le cathétérisme d'un urèthre enflammé.

L'abondance des gonocoques dans la vessie est en rapport non avec la réaction acide ou alcaline de l'urine, mais avec sa teneur en albumine. Si l'urine n'est pas albumineuse, le gonocoque n'y pousse pas. C'est pourquoi l'hématurie favorise beaucoup l'infection de la vessie, en y versant de l'albumine.

Il résulte de la dernière observation que le gonocoque suffit pour faire une cystite chronique, pour produire la pyonéphrose et pour rendre les urines fétides. W. D.

Pathogenie de l'épididymite blennorrhagique (Zur Pathogenese der gonorrhoïscher Epididymitis), par P. WITTE. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1899, t. L, p. 89.

W. rapporte l'observation d'un malade atteint de blennorrhagie compliquée d'épididymite et chez lequel il s'était développé à la partie inférieure de l'épididyme un abcès qui fut incisé. Le pus sanguinolent fut recueilli dans des tubes stérilisés.

On examina au microscope et on cultiva la sécrétion de l'urèthre et le contenu de l'abcès. Dans la première, il y avait de nombreux diplocoques pour la plupart intra-cellulaires, qui se décoloraient facilement par le Gram, donnaient des colonies luxuriantes sur le liquide de l'ascite et ne se développaient nullement sur l'agar glycériné.

Le liquide de l'abcès présentait au microscope, outre des corpuscules rouges du sang et des détritus, un grand nombre de globules de pus et dans leur intérieur ou bien libres des diplocoques en amas, ayant la grosseur

et l'aspect de gonocoques, qui se décoloraient facilement par le Gram. En dehors de ces diplocoques il n'y avait pas d'autres microorganismes dans le contenu de l'abcès ; ce liquide inoculé sur de l'ascite agar et sur un mélange de liquide d'ascite et de bouillon (1 : 2) donna lieu à des colonies qui, d'après leurs caractères morphologiques et leur coloration, étaient incontestablement des cultures pures de gonocoques.

L'abcès de l'épididyme contenait donc une culture pure de gonocoques et il n'est pas douteux qu'il s'agissait dans ce cas d'une migration des gonocoques de l'urèthre vers l'épididyme. A. DOYON.

Traitement de la blennorrhagie.

Cent cas d'uréthrite blennorrhagique antérieure aiguë traitée abortivement par le protargol (Hundert Fälle von Urethritis blennorrhoïca anterior acuta mit Protargol als Abortivum behandelt), par AHLSTRÖM. *Dermatolog. Centralblatt*, 1899, t. III, p. 34.

Dans 100 cas d'uréthrite blennorrhagique antérieure, A. a employé, de 1 à 8 jours après le début de la maladie, la méthode de Welander pour le traitement abortif par le protargol. Dans tous ces cas on avait constaté la présence des gonocoques. D'une manière générale, les 4 à 5 premiers jours, A. injectait 2 fois par jour de 5 à 10 grammes d'une solution de 2 à 4 p. 100 de protargol, puis les malades faisaient pendant 3 à 5 jours, 1 à 2 injections par jour d'une solution de 1 à 2 p. 100; chaque fois on laissait dix à quinze minutes la solution dans l'urèthre.

A. regarde comme guéris définitivement les cas dans lesquels, deux à trois semaines après la terminaison du traitement, on ne peut découvrir de gonocoques dans l'urine du matin, malgré des écarts de régime et des procédés irritants (lavages au sublimé, etc.).

Dans 13 cas, les résultats furent négatifs, toutefois dans 5 de ces cas les gonocoques disparurent après un nouveau traitement. Dans les 8 autres cas il se produisit des complications (chez un malade, follicules uréthraux infiltrés et chez les autres uréthrite postérieure) qui exigèrent d'autres méthodes de traitement.

Les injections occasionnaient une sensation passagère de brûlure ; dans un seul cas, une hémorrhagie de l'urèthre antérieur et de l'œdème obligèrent à interrompre le traitement. Dans 5 autres cas, il survint aussi des hémorrhagies, mais insignifiantes et passagères.

L'écoulement, souvent très abondant, occasionné par le protargol disparaissait spontanément dans la plupart des cas ou cédait à des injections astringentes faibles. A. DOYON.

ERRATUM

Page 46 (Communication de M. Hallopeau), lignes 2, 3 et 4, *retrancher* les mots « *avec cette différence que...* » (jusqu'à la fin de la phrase).

Le Gérant : PIERRE AUGER.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

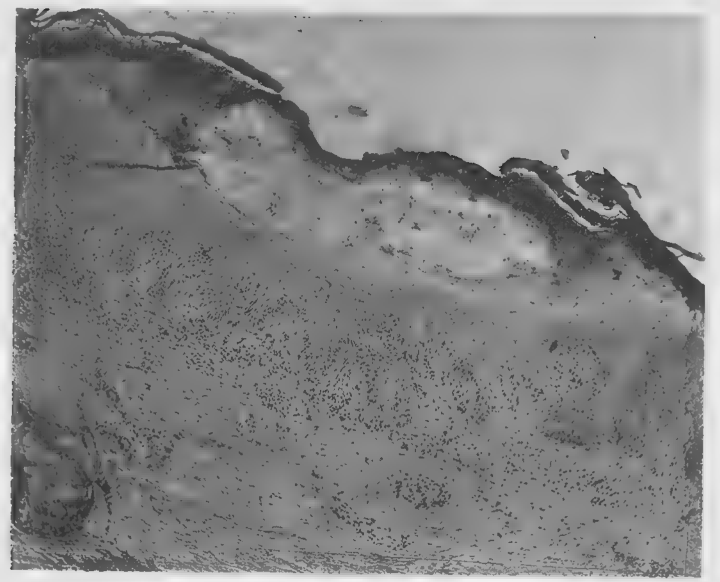


Fig. 1

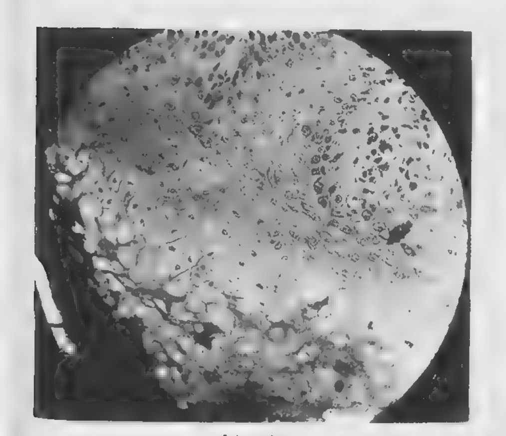


Fig. 2

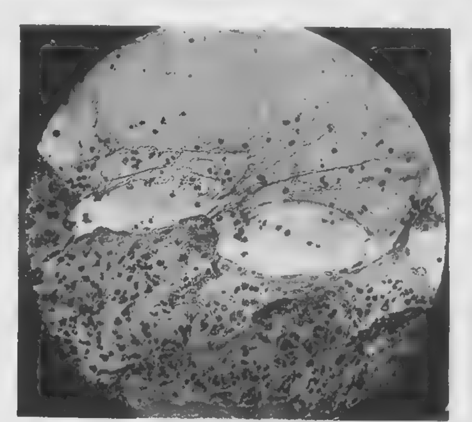


Fig. 3

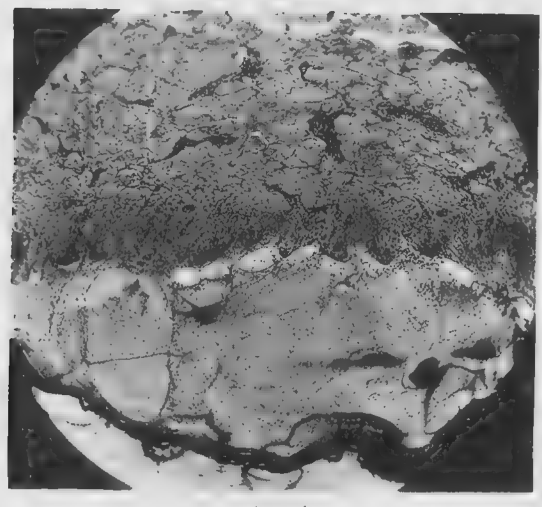


Fig. 4

Masson & Cie, Editeurs



TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LE BACILLE DE DUCREY ET SUR LES MILIEUX « HUMANISÉS »

Par M. **Lenglet**,
Interne des hôpitaux de Paris.

I. — Technique. Expérimentation. Observations

Une récente publication de MM. Bezançon, Griffon et Le Sourd, sur la culture du bacille de Ducrey, nous oblige à rompre le silence que nous avions gardé jusqu'à ce jour, touchant les expériences antérieures que nous avons faites dans le laboratoire et sous la direction de notre maître, M. Brocq, alors que nous étions son interne à l'hôpital Broca-Pascal, en 1898.

En septembre de cette année, nous avions institué une série de recherches pour arriver à la culture du bacille du chancre simple et à la preuve de son action pathogène. Après de nombreuses expériences poursuivies pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1898, nous avions déjà obtenu des résultats appréciables, ainsi qu'on pourra s'en convaincre.

Des raisons purement matérielles nous avaient contraint à interrompre les recherches alors entreprises, l'installation rudimentaire du laboratoire fut la principale cause de l'arrêt de notre travail. Les raisons d'insuccès se multipliant chaque jour, à mesure que nous avions besoin d'une plus grande précision, nous dûmes abandonner les expériences en cours, après avoir fait la preuve de l'action spécifique des cultures du bacille de Ducrey dans la genèse de la chancrelle, au moment où nous pouvions espérer donner bientôt la formule du milieu de culture définitif.

Si ce que nous allons écrire n'a plus l'avantage d'être d'un aussi grand intérêt après le travail de MM. Bezançon, Griffon et Le Sourd, nous espérons cependant mettre dans ces pages quelques notes personnelles qui nous feront pardonner la place que nous allons prendre dans cette publication. Nous espérons aussi que l'attention de ceux qui liront ces lignes ne se lassera pas de redites forcées et qu'il sortira d'elles une notion utile au médecin et au malade. Le microbe de Ducrey a été beaucoup observé jusqu'ici, mais, comme on le verra plus loin, il n'a pas toujours donné à ceux qui prenaient la peine de le rechercher la notion très exacte de ce qu'il est ; il n'a pas toujours été reconnu dans

des liquides pathologiques où son existence est indéniable, et ceux qui voudront bien suivre ces observations seront convaincus, nous le croyons, que le bacille de Ducrey existe souvent sous des apparences assez différentes de celles qu'on lui attribue couramment aujourd'hui. Hâtons-nous de dire cependant que ces différences d'aspect ont des traits d'union qui font que la chaîne des transformations et des apparences prises par le bacille est ininterrompue.

Sans vouloir développer davantage notre pensée en ces premières lignes, nous allons exposer la technique qui nous avait, en 1898, permis de présenter à la Société de dermatologie une série de tubes de culture du bacille, des photographies et des coupes de chancres d'inoculation.

La publication actuelle ne sera que le développement de la note que nous avons remise à la Société de dermatologie, le 10 novembre 1898. Nous en reprendrons les termes pour les développer et les préciser.

Nous écrivions alors (voir le *Bulletin médical* du 13 novembre 1898) : « Nous avons été constamment guidé dans nos recherches par l'idée de donner au virus un élément suffisamment approché de son milieu alimentaire normal pour qu'il y pût prospérer. Dans cet ordre d'idées, nous nous sommes adressé à l'homme et nous avons soumis les éléments protéiques de la peau humaine à l'action de certains ferments solubles énergiques. Le résultat que nous avons obtenu semble justifier les tentatives que nous avons faites dans cette voie. »

On nous a fort reproché depuis lors cette expression laconique d'une idée aussi générale, aussi pleine de surprises pour l'expérimentateur qui se fût fié au vague de cette indication. Nous acceptons volontiers ces reproches, d'autant qu'ils émanaient d'un sincère amour de la lumière scientifique chez ceux qui nous les faisaient. Nous les acceptons plus encore, parce que notre réserve à cette époque était fondée sur le désir que nous avions de reprendre un jour ou l'autre les expériences interrompues et de ne publier que des résultats définitifs. Les circonstances en ont autrement décidé, et comme il arrive trop souvent en semblable matière, nous sommes, pour avoir trop tardé, devancé par d'autres chercheurs ; nous allons donc éclairer dans la mesure la plus large ce qu'a d'obscur la phrase plus haut citée.

Les divers milieux usuels sont demeurés jusqu'ici impropres à la culture de quelques bactéries, les peptones utilisées dans les laboratoires sont de provenance extrêmement variable, et de l'une à l'autre le procédé de fabrication entraîne des différences de constitution moléculaire extrêmes. La même marque commerciale varie avec le temps dans une sensible mesure ; de plus, les peptones sont sans doute

innombrables si l'on considère la façon dont est bâtie leur molécule et les éléments dont elles sont tirées. Nous avons donc pensé qu'il y avait intérêt à substituer dans les milieux de culture la peptone humaine à la peptone de bœuf ou de cheval, et dans ce cas particulier la peptone de peau humaine à la peptone de muscle. Le bacille de Ducrey ne cause pas, en effet, d'infections générales ; rarement il atteint les muqueuses, presque toujours il frappe la peau ou les régions cutanéo-muqueuses.

Nous avons donc pris, après asepsie soigneuse des régions, la peau de la cuisse, de l'abdomen, du bras ou de l'avant-bras chez des cadavres d'hommes ou de femmes jeunes ; nous avons divisé cette peau mécaniquement et l'avons introduite en des ballons ou dans des tubes, et nous l'avons soumise à une chaleur appropriée en présence d'eau ou de bouillon de pepsine ou de pancréatine. Ici, plusieurs termes sont à préciser. Comment connaître la teneur de ces tubes en peptone à la fin de la digestion ? Comment faire les digestions ? Sur quelle quantité opérer ?

1° *Sur quelle quantité opérer.* Les petites quantités ont plusieurs avantages : si les tubes ou instruments s'infectent au cours de la digestion, on risque moins de perdre la totalité de la matière première. On a moins de peine à faire les manipulations consécutives ; on peut varier plus aisément les expériences au cours d'une même série de recherches. Nous avons donc introduit dans des tubes de verre longs et assez étroits 20 grammes de peau, 50 centimètres cubes d'eau distillée bouillie et un gramme de pepsine extractive ou de pancréatine. Dans les tubes contenant la pepsine nous ajoutions 2 à 3 gouttes d'HCl. Cette quantité suffit à assurer la liquéfaction. Le danger de l'infection de ces tubes est surtout grand au cours des premiers chauffages. Nous ferons remarquer dès l'abord qu'il importe de se servir d'échantillons comparables de pepsine ou de pancréatine et que le mieux est, la valeur de ces échantillons étant établie expérimentalement par la marche des digestions, de s'en tenir à ceux qui paraissent les plus actifs et de poursuivre les recherches en se servant des mêmes échantillons. Les tubes ainsi préparés sont fermés et portés dans un bain-marie où ils demeureront jusqu'à la fin de la digestion. On se souviendra que ce n'est pas seulement une digestion, mais une stérilisation concomitante qu'il faut obtenir ; il y a donc ici deux écueils à éviter : le premier, c'est de chauffer trop, ce qui détruit la pepsine, la pancréatine, arrête la digestion, coagule les albumines et les rend impropres à d'autres expériences ; le second est l'écueil inverse, chaleur trop basse qui peut permettre la pullulation des germes. On peut d'une façon générale indiquer le terme favorable des températures comme compris entre 45° et 55°. La pancréatine résiste, en effet, parfaitement jusqu'à 65°. Quant à la pepsine, elle est détruite plus

tôt, mais elle supporte en général sans inconvénient une température de 45° à 48°. Il ne faut pas oublier que l'on est ici dans une condition d'expérience toute spéciale et que la stérilisation s'obtient avec une facilité relative parce qu'elle est favorisée par des phénomènes de digestion puissants. Pourvu que l'on ait opéré avec asepsie, on arrive à obtenir des digestions dont la fermentation microbienne est nulle et qui ne donnent aucune culture à la fin de la période de digestion quand on ensemence le liquide des tubes. Cette asepsie pourrait sans doute être plus sûrement réalisée encore par le chauffage des diastases à 40 ou 45°, en milieu liquide, pendant plusieurs jours avant leur emploi, suivant la méthode de Tyndall; mais nous ne pouvons recommander cette pratique : elle peut causer des transformations dans la molécule de la diastase et faire varier son activité dans des proportions considérables, il n'en est plus de même quand elle est en activité et qu'elle agit sur des albumines. Le chauffage à sec à 100° pourrait peut-être au contraire rendre de grands services, mais nous ne l'avons pas expérimenté.

Comment doit-on conduire les chauffages ? La température varie avec la nature des pepsines et ne peut être indiquée *à priori;* on doit, avant toute expérience, s'assurer de la résistance et de l'activité de la pepsine. En général on peut sans inconvénient chauffer d'emblée à 45°, pendant deux ou trois heures; on répète ensuite les chauffages tous les jours pendant le même temps jusqu'à complète digestion. Quant à la pancréatine, elle ne craint nullement la température de 55°, et l'on peut opérer avec elle à volonté entre 45° et 55°. La rigueur de l'expérience voudrait cependant que l'on choisît un terme plus fixe, aux environs de 48° de préférence.

A quel moment doit-on arrêter la digestion ? Dans une expérience bien conduite, on doit laisser le derme se digérer complètement ; la lame cornée de l'épiderme seule vient alors flotter dans le liquide et demeure intacte jusqu'à la fin de l'expérience.

Comment connaître la teneur en peptones à la fin de la digestion ? On pourrait assurément les doser chimiquement, mais les expériences ne démontrent pas en général une telle précision. Étant donné qu'on introduit dans le tube 20 grammes de substance, on calcule en poids la quantité de matériaux non dissous qui restent à la fin de la digestion et l'on arrive à trouver d'ordinaire que, dans les digestions suffisamment poursuivies et bien conduites, 20 grammes de peau ne laissent que 1 à 3 grammes de résidu ; les 17 à 19 grammes disparus sont donc entrés dans le liquide du tube, et il deviendra dans la suite facile de les répartir à sa convenance dans les milieux que l'on voudra préparer.

Doit-on stériliser à la fin de l'opération les peptones obtenues ; doit-on au contraire les introduire dans les milieux sans stérilisation

préalable à la chaleur ? La stérilisation à la chaleur entraîne des modifications inappréciables dans la molécule, mais il y a d'autre part inconvénient à laisser des diastases actives dans les tubes. Il nous paraît donc utile de faire subir aux milieux deux ou trois chauffages à 80° après leur préparation. C'est la technique que nous avons suivie. On obtient aisément ce résultat en se servant d'un bain-marie.

Quelle quantité de peptone doit-on introduire dans les milieux ? Nous avons trouvé que 2 à 3 grammes p. 100 était une proportion convenable. C'est la proportion que nous avions introduite dans la gélose qui nous a fourni la culture du bacille.

L'alcalinisation du milieu se fait comme dans la technique ordinaire.

Dans la culture du bacille de Ducrey, nous avons remarqué qu'il y avait toujours avantage à se servir de milieux qui fussent fortement humides à la surface.

Ici nous abordons une autre partie du problème, ce n'est certainement pas la moins importante. On a vu que nous avions voulu donner au bacille un milieu *humanisé* par l'adjonction d'éléments organiques aussi proches qu'il se pouvait de ceux qui se rencontrent dans le milieu où il pousse normalement. Comme on le verra en lisant le détail des expériences que nous avons faites, nous avions obtenu une première culture sur un milieu ne contenant absolument que de la peptone de peau, mais la culture n'avait poussé qu'au fond dans le liquide du tube, et bien qu'elle fût abondante et en longs filaments, nous étions resté surpris qu'elle parût se comporter très mal en présence de la gélose de la partie supérieure du tube. De là nous vinrent deux idées : la première, que l'humidité pouvait être plus favorable ; la seconde, que le bacille n'avait pas encore le milieu de multiplication idéal. A partir de ce jour, tous les tubes furent, avant l'ensemencement, arrosés de sang que nous prenions soit dans une veine du bras, soit au doigt fortement aseptisé. La quantité ainsi ajoutée à chaque tube variait de un demi à un et demi centimètre cube. Le résultat fut qu'à partir de ce jour, toutes les expériences réussirent et que les insuccès furent imputables seulement à des erreurs étrangères à la technique des milieux.

C'est sur ce milieu gélose, peau, sang que furent présentées à la Société de dermatologie, le 10 novembre 1898, les cultures que nous avions obtenues et qui avaient à cette époque produit déjà des chancres d'inoculation, d'où étaient nées de nouvelles cultures.

On s'étonnera peut-être que cette modification apportée à la technique de gélose peau simple n'ait pas été mentionnée dans notre note du 10 novembre. Le fait en est imputable à ce que nous avions pensé alors que la peau était l'élément essentiel du milieu, que le sang n'était qu'un adjuvant. Nous étions d'ailleurs beaucoup plus guidé par la préoccupation d' « humaniser » les milieux que par celle d'y faire

entrer un élément quelconque qui fût prépondérant. Depuis lors, nous avions été amené à envisager le rôle du sang dans ce cas particulier comme très favorable, et une remarque qui nous avait été faite par M. Darier, notre chef, au sujet de l'existence du sang dans les milieux n'avait pas été étrangère à l'habitude constante que nous avions prise de l'y toujours ajouter. Aussi les résultats très beaux obtenus par MM. Bezançon, Griffon, Le Sourd, nous parurent-ils absolument naturels.

L'interruption de ces recherches devait seule nous empêcher de poursuivre et de parfaire l'expérience de la culture ; mais nous n'en étions pas moins arrivé, touchant les allures cliniques du bacille, à certaines déductions que l'on trouvera plus loin, et surtout nous avions établi dès 1898, pour la première fois, par des expériences rigoureuses la valeur pathogène du bacille de Ducrey. Ces expériences embrassent en effet l'ensemble des termes du cycle pasteurien qui permet d'affirmer l'influence morbigène d'un microbe. Nous nous permettrons même de faire remarquer que très rares sont les bacilles connus dont la virulence soit assez réduite et l'innocuité pour les animaux si grande, qu'il ait été possible de les expérimenter à l'état de culture pure sur l'homme, alors qu'il était impossible d'acquérir de leur virulence une idée suffisante par l'expérience chez l'animal. Nous voulons ici remercier notre maître, M. Brocq, non seulement de nous avoir autorisé, mais encore de nous avoir demandé expressément de prouver par l'inoculation à l'homme la valeur pathogène du bacille de Ducrey qui n'avait jamais été isolé de façon telle, qu'on pût le suivre longuement et l'étudier dans les conditions de la technique pastorienne. Sans son incitation nous eussions laissé croître et mourir le streptobacille et il nous serait impossible à l'heure actuelle de revendiquer la priorité de la preuve scientifique, de la preuve pastorienne de l'influence du seul bacille de Ducrey dans la production de la chancrelle.

Nos expériences n'ont pas été poursuivies assez loin pour nous permettre de donner la formule d'un milieu constant. Nous le regrettons d'autant moins que cela aura été pour nous l'occasion de dire quelques mots des milieux humanisés tels que nous les concevons.

C'est d'ailleurs en suivant les conseils réitérés de quelques-uns de nos maîtres et en particulier de M. Brocq, que nous publions in extenso les quelques observations suivantes :

OBS. I. — *Chancre mou de la petite lèvre gauche.* — N° 15, salle Cullerier. A. L..., entrée le 5 octobre.

7 octobre. Trois chancres d'inoculation se sont développés à la suite de l'inoculation du pus de l'ulcération sur la face externe de la cuisse droite. Asepsie des chancres par le sublimé, l'alcool, l'éther ; pansement avec du coton stérile.

Le 9. Du pus est prélevé et semé sur la gélose peau.

Le 12. Le tube est resté stérile dans toute sa longueur ; au fond du tube, dans le liquide accumulé, flottent des flocons assez nombreux très fins. L'examen microscopique montre de longs filaments avec des bacilles en biscuit qui rappellent le Ducrey.

Le Gram ne prend pas. Les lamelles ont été conservées.

Telle fut la première observation ; quelques essais de passage à des milieux ordinaires échouèrent ; la vitalité du bacille s'épuisa sans doute rapidement, car nous ne pûmes le suivre.

L'observation suivante est la plus importante par le nombre, la répétition et la succession des expériences auxquelles elle a donné lieu. Elle a été le point de départ de cultures sériées et de chancres inoculés en partant de la culture fille et l'on verra, par le détail de l'expérience, que le même bacille a été suivi de filiation en filiation, de passage en passage, et de chancre en chancre du 11 octobre au 2 décembre 1898. Les photographies de deux des chancres inoculés ont été prises, et les observations cliniques ont été contrôlées par notre chef de service, M. Brocq.

Obs. II. — *Chancre mou de la fourchette.* — N° 6, salle Natalis, B. C..., entrée le10 octobre 1898.

11 octobre. Le pus d'une ulcération chancrelleuse de la fourchette est inoculé à la région externe de la cuisse droite après asepsie de la région au savon, sublimé, alcool et éther. La région inoculée est recouverte d'un large verre de montre flambé et protégée par un pansement. Le pus examiné au microscope montre de nombreux bacilles avec la disposition typique en chaînettes ; la coloration par la méthode de Gram ne réussit pas sur ces bacilles. Il s'agit évidemment du Ducrey, et nous prévoyons que l'inoculation sera positive.

Aucun doute n'était ici possible et, n'eût été le désir que nous avions de faire des cultures, il eût été inutile, pour diagnostiquer la nature de l'ulcération, de pousser plus loin l'examen. La nécessité d'obtenir un pus uniseptique nous obligeait seule à faire à la cuisse des chancres d'inoculation. On pouvait, en effet, constater sur la préparation (nous avons conservé toutes nos préparations) la présence de cocci prenant le Gram, qui auraient envahi les tubes de culture et empêché le streptobacille de pousser si nous avions semé directement le pus de l'ulcération de la fourchette.

13 octobre. Les chancres d'inoculation ont poussé et le pus de ces chancres, à l'examen immédiat, montre en abondance les bacilles rencontrés dans le chancre père. La coloration par le liquide de Gram ne laisse subsister dans la préparation aucun élément microbien. Nous procédons cependant à la désinfection des petits chancres en les lavant au sublimé et à l'alcool, et les chancres sont recouverts de coton hydrophile stérile (1).

(1) En règle générale, ces lavages du chancre au sublimé suffisent à le désinfecter des espèces microbiennes accessoires qui l'ont envahi et le pus ne contient plus, si l'on fait des pansements rigoureux, que du Ducrey pur. Ce fait n'était connu aupa-

Le 16. Le pus des chancres d'inoculation est semé sur les tubes de gélose peau additionnés de sang. La quantité de semence introduite dans chaque tube est celle que prend le fil de platine aplati plongé dans chaque petite ulcération. Les préparations faites avec le pus correspondant à cet ensemencement montrent des amas de bacilles assez rares et quelques chaînettes courtes.

Le 18. Après quarante-huit heures existent, sur tous les tubes, des colonies petites, rondes, opalines, plates, rappelant celles du gonocoque, à bords un peu irréguliers quand on les regarde à un faible grossissement. Ces colonies nombreuses sont disséminées dans le sang du tube; elles n'adhèrent que fort peu à la gélose. L'anse du fil de platine les enlève assez aisément. Ces colonies sont dissociées sur des lames et traitées après dessiccation à l'air libre et fixation à l'alcool-éther par une solution de Ziehl très faible et par le Gram. Ces dernières sont absolument décolorées; aucun bacille n'y est visible. Au contraire, dans les autres lamelles existe un enchevêtrement inextricable de chaînes streptobacillaires se poursuivant si loin qu'il est souvent impossible de les suivre dans toute leur longueur. Les bacilles ont les caractères de ceux de la chancrelle.

Les chaînes bacillaires sont, en outre, remarquables par un étroit parallélisme qui permet de les suivre côte à côte pendant plusieurs dizaines ou même jusqu'à une centaine de μ. On trouve ainsi côte à côte deux à cinq chaînes semblables. L'examen microscopique nous fournit dès lors une preuve à peu près absolue de l'existence du Ducrey dans les cultures. Ne connaissant pas encore à ce moment la viabilité du bacille sur le milieu et craignant sa mort rapide, nous ensemençons une série de tubes et nous nous décidons, sur l'avis de M. Brocq, à inoculer ce virus isolé comme on le fait d'ordinaire pour le virus du chancre primitif.

Le 18 octobre, le virus est placé en petite quantité sur une lame flambée et refroidie; la pointe d'une lancette flambée en prélève une quantité à peine visible, et trois piqûres sont faites à la cuisse du sujet.

Le sujet choisi pour l'expérience est jeune et n'a jamais eu de syphilis ni d'ulcérations génitales. La face externe de la cuisse a été préparée comme précédemment.

19 octobre. Un cercle rouge périphérique, une croûtelle petite et jaunâtre au centre d'une pellicule très fine commençant à se soulever, telle est après vingt-quatre heures l'apparence de l'ulcération. On peut dès ce moment affirmer qu'il y a cliniquement inoculation positive de chancre mou.

20 octobre. L'aspect de chancre mou est typique; il y a maintenant une

ravant que des très rares expérimentateurs qui s'étaient occupés de la question, et il nous avait été signalé par M. Veillon. Nous avons eu le plaisir d'apprendre, de M. Ducrey, dans une communication orale qu'il a bien voulu nous faire en août 1900, qu'il avait pu isoler ainsi dans le pus le bacille par une série d'inoculations. Il avait acquis, en semant le pus « uniseptique » ainsi obtenu, des résultats de culture constamment négatifs; mais ces insuccès lui avaient donné une raison de plus de croire à l'action pathogène du seul bacille qu'il trouvait dans le pus des chancres inoculés aseptiquement et rendus aseptiques par l'action d'antiseptiques. La raison de la persistance du bacille dans ces lésions est facile à comprendre puisqu'il pénètre dans l'intimité des tissus où il vit à l'abri des actions microbicides.

pustule à épidermicule mince faisant couvercle, avec, au centre, la trace du coup de lancette.

Au moment où nous recueillons le pus pour l'ensemencer et l'examiner, nous remarquons les granulations roses du fond de la petite ulcération qui est déjà assez profonde. Les ulcérations sont aseptisées comme s'il s'agissait d'un chancre ordinaire d'inoculation (sublimé, alcool, éther), car nous voulons nous mettre en garde contre la septicité possible de la peau du sujet, malgré les lavages faits avant l'inoculation. Les petits chancres sont recouverts d'ouate stérilisée et abandonnés sous le pansement.

L'examen immédiat du pus fait reconnaître une extrême abondance de bacilles en navette ; mais les chaînettes sont relativement rares bien que le nombre de bacilles dans le pus soit énorme. Presque tous sont groupés en amas, et le procédé employé pour la répartition du pus sur les lames ne saurait être ici accusé d'avoir disloqué les chaînes et produit cet ordre. Certains de ces amas comptent plus de cent individus nettement isolés ; il y a donc eu une prolifération extrêmement active de la semence et il faut noter que de très nombreux individus revêtent ici l'aspect de cocco-bacilles beaucoup plus que celui de bacilles à deux bouts. Dans nombre de ces formes cocco-bacillaires, il est impossible de découvrir aucune fissure médiane.

Dans d'autres parties du pus, l'aspect est au contraire tout différent : les cocco-bacilles ne sont pas séparés ; ils forment une courte chaînette où il est impossible de distinguer autre chose que cette apparence ; il n'y a ici, pour un observateur non prévenu, rien qui rappelle la forme typique en bacille à deux bouts. En d'autres points encore nous retrouvons l'aspect ordinaire, puis des formes longues du bacille, ordonnées en chaîne et dépassant de beaucoup la longueur ordinaire du Ducrey avec un espace central moins coloré (1).

22 octobre. Les tubes ont poussé en abondance et reproduisent trait pour trait les caractères de la culture signalée plus haut.

Le repiquage du tube obtenu avec le chancre d'inoculation né de la première culture continue à prospérer. Ce repiquage est effectué chaque jour, du 18 au 24 octobre. Six cultures consécutives sont ainsi obtenues.

Le 24 octobre, avec l'une de ces cultures est inoculé un nouveau témoin ; c'est le troisième de la série.

24 octobre. Le sujet choisi est indemne de toute ulcération. Les inoculations sont faites d'après la méthode plus haut décrite ; la lame qui a servi à l'inoculation et sur laquelle a été établi le virus est gardée comme témoin.

Le 26. Aux points d'inoculation sur la face externe de la cuisse existent trois pustules couvertes d'épiderme centré par le point de pénétration de la lancette. La périphérie des pustules est d'un ton rose clair et se confond peu à peu avec le tissu environnant ; elle est enflammée et un peu œdématiée. Les chancres sont traités comme à l'habitude, rigoureusement aseptisés à la surface et, le 28 octobre, on sème le pus accumulé sous la croûtelle.

(1) Si nous décrivons ici l'aspect du bacille dans ce pus, c'est qu'il sera utile d'y revenir plus loin au moment ou nous ferons brièvement la morphologie et les transformations possibles de Ducrey dans les cultures et dans le pus.

Le 29. Contrairement à ce qui était arrivé jusqu'ici, les colonies sont apparues sur ce tube dès le lendemain de l'ensemencement.

Les préparations du pus qui a servi à l'ensemencement ont un caractère intéressant à deux points de vue : si les bacilles y sont nombreux, en amas et en chaînettes, ils y sont, de plus, de grandes dimensions, de forme caractéristique ; mais le pus lui-même n'est plus seulement un pus leucocytaire : on y trouve une très grande quantité de cellules épithéliales bien reconnaissables, séparées ou groupées entre elles, nettement colorables, à la surface desquelles on remarque un grand nombre de bacilles ou de chaînes bacillaires. Certains de ces bacilles semblent s'être fusionnés complètement par leurs extrémités et il existe dans ce pus quelques formes ainsi disposées, ayant trois ou quatre fois la longueur ordinaire et où aucune séparation n'intervient pour rendre distincts des corps bacillaires séparés. Cette disposition est l'inverse de celles où les coccobacilles sont si courts qu'on les pourrait comparer à une chaîne de streptocoques. Non moins intéressantes sont les images fournies par la culture : côte à côte, parallèlement on voit courir des chaînes normales, régulières, à divisions égales, d'aspect caractéristique, et de longs filaments où l'œil ne distingue aucune séparation entre les corps bacillaires. En d'autres points encore, isolés dans la préparation, des bacilles de dimensions absolument anormales courent parallèlement à une chaîne dont les éléments sont courts et trapus. Le polymorphisme est tel qu'il faut de toute nécessité admettre une adaptation spéciale du bacille au milieu, dans lequel il pousse avec une vigueur et une rapidité jusqu'ici anormales.

L'aspect des colonies est d'ailleurs remarquable : elles sont beaucoup plus grandes que les colonies ordinaires et leur forme est un peu différente suivant qu'elles poussent dans les parties humides ou dans des parties plus sèches du tube. Dans les parties immergées (on se souvient que la surface des tubes est presque horizontale), les colonies sont blanc opalin, irrégulièrement arrondies ; leurs bords sont légèrement floconneux et elles paraissent soyeuses quand on les examine à un faible grossissement. Dans les parties non immergées elles sont régulièrement rondes, nettement saillantes et planes, brillantes et humides à la surface.

Du 29 octobre au 2 novembre, les colonies provenant du pus du chancre inoculé avec le virus pur au troisième sujet sont soumises à des cultures sériées, et nous obtenons des aspects dont le polymorphisme mériterait mieux qu'une simple description. Ici nous voyons apparaître nettement, d'une façon indubitable, un élément nouveau qui pouvait être pressenti dans quelques-unes des cultures antérieures, mais qui n'était pas décelable avec netteté par les colorations très simples que nous employions. Cet élément est une substance ininterrompue, peu colorable, très nettement colorée cependant par le séjour très long (dix à vingt-quatre heures) dans le Ziehl dilué. Cette chaîne est une sorte de tissu fondamental, semi-transparent, que le Ziehl teint uniformément en rose et dans cette chaîne, de loin en loin, un point rouge d'aspect absolument net de coccobacille, tranchant par la netteté de ses bords et par l'intensité de la coloration sur le fond rosé de la chaîne. Il n'y a pas à douter un instant que nous ne soyons en présence d'une forme de Ducrey soumis à l'évolution

dans les tubes, et l'inoculation à de nouveaux sujets va nous le prouver (1).

2 novembre 1898. Inoculation d'un quatrième sujet. Précautions ordinaires d'asepsie.

Le 4. Au niveau des trois inoculations, trois petits chancres sont nés, avec leurs caractères cliniques rigoureux.

L'examen direct du pus de ces chancres nous montre une grande richesse en bacilles : ce fait est d'autant plus intéressant que les bacilles sont revenus à leurs formes normales avec un peu plus de variété cependant. On trouve, en effet, des chaînettes plus longues que celles qui se trouvent d'ordinaire dans le pus et dont aucun des bacilles constituants n'est nettement séparé du précédent et du suivant, des amas touffus de bacilles où l'on en pourrait compter des centaines, des bacilles isolés dont les deux extrémités seules sont vivement colorées et séparées par un très long espace clair.

Le pus est semé comme à l'ordinaire dans les tubes. Cependant nous ne procédons pas cette fois au nettoyage primitif des chancres d'inoculation (2).

Le 6. Les colonies sont bien développées ; elles n'ont pas été vues au moment du début de leur développement.

Du 6 novembre au 24 novembre, les colonies sont repiquées chaque jour, ou tous les deux jours. Cette série de repiquages était faite pour un dernier contrôle.

Dès les premiers tubes, le bacille qui pousse avec abondance reprend dans les chaînes ses formes habituelles, sur lesquelles nous ne revenons pas. Il continue à prospérer jusqu'au 24 novembre. A toutes les époques de son évolution il conserve les mêmes caractères généraux.

Le 24. Inoculation dernière de cette série, faite à la face externe de la cuisse du cinquième sujet. Le 26 novembre, les chancres d'inoculation étaient caractéristiques. Le 1er décembre, des cultures furent faites et donnèrent le même résultat que les précédentes.

Les conclusions de cette série d'observations cliniques sont absolument évidentes. Le bacille qui existait dans le chancre simple originel s'est retrouvé avec des caractères absolus d'identité dans toutes les lésions expérimentales et ce même bacille a reproduit constamment les cultures qui lui avaient donné naissance, quel que fût d'ailleurs le nombre des repiquages interposés entre deux des inoculations du virus. Le bacille de Ducrey est donc bien le parasite pathogène du chancre mou et il n'y a chancre mou que quand on le trouve dans le pus ou dans le produit de raclage des surfaces ulcérées. Nous verrons, par des observations publiées plus loin, que cette condi-

(1) Avant d'aller plus loin nous voulons attirer tout particulièrement l'attention sur ces faits, car nous verrons plus loin, dans la dernière partie de cette étude, quelles conclusions nous croyons pouvoir en tirer touchant la morphologie et la nature réelle du bacille de Ducrey.

(2) Nous ne saurions recommander ce procédé : il conduit le plus souvent à un échec ; nous croyons qu'il faut toujours aseptiser ou mieux uniseptiser le chancre d'inoculation avant de semer le pus.

tion d'existence du bacille dans le pus est rigoureusement suffisante à la détermination de la nature de la lésion et que la présence du Ducrey, quand il est reconnu, doit éviter aux malades toute inoculation expérimentale. Cette inoculation n'est d'ailleurs pas toujours une garantie absolue pour le clinicien, nous aurons l'occasion de voir pourquoi.

Le nombre des passages de l'homme au milieu et du milieu à l'homme a été, dans l'expérience que nous venons de relater, très considérable. Cinq sujets ont pris le chancre mou d'un même bacille et entre chaque sujet le bacille a été repiqué de deux à douze fois. Aucune preuve bactériologique de la virulence d'un bacille et de sa valeur pathogène n'a été plus fortement appuyée.

Nous allons rapporter quelques autres observations de ce genre que nous avons recueillies.

Obs. III. — N° 33, salle Natalis. — G. R..., malade entrée le 11 octobre avec une ulcération douteuse de la fourchette. Inoculation immédiate du pus à la cuisse droite de la malade (face externe) par trois piqûres. Ce pus, examiné au microscope, montre des amas de bacilles avec leur aspect en biscuit ordinaire. D'autres bacilles courts et à bout arrondi ne laissent pas voir leur espace clair central.

Le 12 octobre, des chancres mous typiques se sont développés aux points d'inoculation ; ces chancres sont pansés à l'ouate hydrophile après asepsie au sublimé et à l'alcool éther.

Le 14, du pus des chancres est prélevé et semé dans des tubes de gélose peau, sang. A l'examen direct, ce pus est riche en bacilles isolés ; pas de chaînettes, quelques rares amas.

Le 16, apparaissent sur le tube des colonies bien isolées, opalines, peu adhérentes à la gélose. Elles ont tous les caractères extérieurs de celles que nous avons décrites dans l'observation précédente. Examinées à la chambre humide, elles apparaissent composées de longs filaments réfringents dans lesquels on distingue les bacilles, régulièrement espacés et différenciés par leur réfringence inégale. Ainsi examinés avant la coloration, les bacilles semblent plongés dans une enveloppe commune qui se poursuit d'un bout à l'autre du filament et qui explique le groupement en chaînettes.

En même temps que les tubes de gélose, deux pipettes contenant un mélange de sang et de pus avaient été mises à l'étuve. La proportion de pus était dans ces pipettes supérieure à celle du sang. Les bacilles n'y végétèrent pas, mais demeurèrent très nets et bien colorables.

Les cultures furent repiquées jusqu'au 17 octobre et servirent à faire quelques expériences d'inoculation aux animaux.

Obs. IV. — *Chancre mou de l'anus* (résumée). — N° 23, salle Natalis. — Malade entrée le 2 novembre. Inoculée le même jour à la cuisse après asepsie. Examen positif du pus.

Le 4 novembre. Prise des chancres d'inoculation. Asepsie de la surface de ces chancres.

Le 6. Ensemencement sur gélose peau sang.
Le 8. Les colonies sont nombreuses et très développées sur le tube. Elles ont les caractères ordinaires.

Il nous paraît inutile de donner d'autres observations de ce genre, mais nous voulons mettre en parallèle de ces cas où les inoculations du pus chancrelleux causèrent la chancrelle, un certain nombre d'observations où l'inoculation d'un pus nettement chancrelleux ne fut pas suivie de chancre mou et où la préparation microscopique extemporanée montre qu'il s'agissait indubitablement de ce bacille.

Obs. I. — *Ulcération chancrelleuse de la vulve inoculée le 13 octobre à la face externe de la cuisse par trois piqûres de lancette.* — N° 3, salle Natalis.

Le pus qui a servi à l'inoculation montre un grand nombre de chaînettes caractéristiques; les bacilles qui les composent sont très allongés; on ne note pas dans ce pus d'amas de bacilles très courts rappelant les cocco-bacilles. Il existe a côté du Ducrey quelques autres microorganismes qui prennent le Gram et qui se rapprochent du staphylocoque par leur aspect et leur groupement. Les bacilles en chaînette se décolorent au contraire complètement.

Le 15 octobre pas plus que les jours suivants on ne voit apparaître aucun chancre, quoique les piqûres demeurent bien visibles. Elles se cicatrisent régulièrement.

Voici donc un premier chancre mou que l'on eût déclaré ulcération banale si l'on se fût contenté du contrôle de l'inoculation. Or, nous le répétons, il n'est pas possible de douter de l'identité des bacilles en chaînettes qui existent en grand nombre dans la préparation.

Obs. II. — N° 8, salle Natalis. — Observation absolument analogue à la précédente, mais ici l'examen du pus montre que nous n'avons que de très rares chaînettes, courtes, de deux à trois éléments. Le pus est, au contraire, riche en formes extrêmement courtes, d'aspect cocco-bacillaire, disposées en amas. Le Gram ne prend pas.

Nous devons faire suivre cette constatation d'une courte remarque, sur laquelle nous aurons à revenir plus tard. Nous avons indiqué à propos de la culture les variations possibles de la forme dans deux chaînes parallèles, nous n'avons pas ici les deux variétés nettement représentées dans chacune de nos observations I et II; mais la forme longue de l'observation I et la forme courte de l'observation II reconstituent sur le malade les deux termes extrêmes que nous avons indiqués dans la culture, et nous osons affirmer qu'un observateur non prévenu de ces faits aura la plus grande peine à reconnaître le même bacille dans ces deux dispositions en apparence contradictoires. Bien plus, la majorité des observateurs, nous le prouverons plus loin, a vu passer le Ducrey dans le champ du microscope sans le reconnaître; plusieurs observateurs habitués à ces recherches et consciencieux

nous ont affirmé avoir commis de semblables erreurs. Il faut donc bien savoir que le Ducrey, tout en conservant une forme typique pour ceux qui le connaissent sous ses multiples aspects, est en apparence très différent de lui-même pour ceux qui n'ont pas quelque habitude de le chercher et de le reconnaître. Aussi dirons-nous que des chancres simples dont l'examen microscopique n'avait pas révélé la nature à des observateurs qui ne pouvaient prévoir ces variations ont certainement été méconnus, parce que l'inoculation est restée négative. Nous répétons encore que l'exsudat ou les produits de surface de ces chancres, examinés par des expérimentateurs plus familiarisés avec ce bacille, auraient d'emblée fourni le diagnostic.

L'examen microscopique direct est donc le véritable moyen pratique de s'assurer de l'identité d'une ulcération chancrelleuse.

A côté de ces cas où l'inoculation demeure négative malgré la présence du streptobacille dans le pus, il en est d'autres où le chancre d'inoculation produit par le pus semble sans vigueur et sans résistance aux agents antiseptiques; il en est d'autres aussi où il produit le phagédénisme. Nous n'avons pas d'observations de ce dernier genre à rapporter; mais nous voulons en citer une de la première variété en quelques mots, car elle établit une sorte de degré dans la modalité de la virulence du streptobacille.

Obs. III. — N° 17, salle Cullerier. — Malade entrée le 20 octobre 1898, avec une ulcération de l'anus de nature douteuse, greffée sur l'orifice d'une fistule. Inoculation à la cuisse.

Le pus qui a servi à l'inoculation montre de courtes chaînettes et d'assez nombreux bacilles à centre clair, isolés dans la préparation. Il n'y a pas à douter qu'il s'agisse de chancrelle.

Le 22, l'ulcération s'est produite au point inoculé; mais elle est peu nette, peu profonde; ses bords ne sont pas à pic; le chancre mou produit est infiniment moins net que ceux que produit la culture pure. L'examen du pus montre, cependant, un nombre de bacilles beaucoup plus grand que celui du pus primitif. Asepsie du chancre au sublimé à 1 p. 1,000 à l'alcool, à l'éther; application d'ouate stérile.

Le 24. La sécrétion est presque tarie; le peu de pus qui reste au niveau d'une ulcération est partagé entre une lame et un tube. L'examen direct de la lame ne permet d'y constater la présence que de quelques rares individus isolés. Le tube ne pousse pas. Le chancre d'inoculation est recouvert d'ouate pour essayer de recueillir une nouvelle quantité de pus.

Le 26. Le chancre d'inoculation est complètement éteint.

Pour les cliniciens qui connaissent les allures de l'inoculation de la chancrelle ce fait ne paraîtra pas surprenant, car la résistance au traitement du chancre inoculé est extrêmement variable. Aussi ne l'avons-nous rapporté que pour montrer combien peut varier la viru-

lence du bacille d'un sujet à l'autre, et peut-être d'un siège à l'autre chez le même sujet.

Nous pourrions citer un certain nombre d'autres observations analogues, mais le fait nous paraît suffisamment établi pour n'y pas insister davantage. Si même il faut, dans ces cas où le bacille inoculé ne prend pas là où on l'inocule, faire la part des erreurs d'expérimentation possible, il n'en reste pas moins, ces erreurs étant communes à tous ceux qui emploient cette méthode de diagnostic, que ce n'est pas là un moyen sûr et que l'examen microscopique doit, toute compétence mise à part, lui être préféré.

Voici maintenant, pour clore cette série expérimentale, quelques-unes des tentatives d'infection faites sur les animaux. Nous n'avons malheureusement pu disposer de singes, ce qui a forcément restreint l'intérêt de nos recherches sur l'animal.

Les injections du bacille aux animaux ont été faites de la façon suivante :

Obs. A. — Souris injectée sous la peau avec quelques gouttes d'un liquide du fond d'un tube chargé de bactéries. A aucun moment la souris ne réagit.

Obs. B. — Deuxième souris, dont la conjonctive est éraillée par un fil de platine chargé de semence virulente et jeune. Après quelques heures, on note une légère injection de la conjonctive bulbaire, due sans doute au traumatisme. Tout rentre bientôt dans l'ordre.

Obs. C. — Troisième souris : reçoit dans le péritoine un centimètre cube du liquide d'un tube de culture frais dans lequel sont accumulées de grandes quantités de streptobacille, car toute la surface du tube a été lavée avec ce liquide du fond. Sous l'influence de cette dose massive, l'abdomen de la souris se ballonne ; elle perd sa vivacité et ne cherche plus de nourriture pendant vingt-quatre heures ; puis elle se remet vite et guérit complètement.

Obs. D. — Un cobaye reçoit dans le péritoine un centimètre cube de la culture. Il ne donne aucun signe de réaction quelconque. Le même cobaye sacrifié quelques jours après ne présente pas de traces de péritonite.

Obs. E. — Deuxième cobaye scarifié au niveau de la queue après asepsie de la région, application d'un tampon sortant d'un tube de culture, aucune réaction. Même insuccès en inoculant la surface d'une brûlure superficielle.

Obs. F. — Lapin inoculé dans le péritoine avec un centimètre cube d'une culture datant de deux jours et chargée de streptobacilles. L'animal ne paraît s'apercevoir en rien de cette injection.

Nous n'avons pas eu de singe en notre possession. Eût-il été plus sensible ? Peut-être ; mais les très rares observateurs qui ont vu des

chancres mous provoqués par l'inoculation du bacille provenant du pus n'ont pas tous regardé les résultats comme absolument convaincants. Il est probable cependant qu'on eût obtenu avec la culture pure des ulcérations d'aspect plus typique.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce caractère de l'innocuité bien connue du bacille de Ducrey sur les animaux.

II. — Ce qu'est le bacille de Ducrey

La partie de ce travail que nous allons exposer n'est pas la moins délicate, car elle touche à la morphologie de ce bacille, et rien n'est plus dangereux que de fonder le caractère d'une espèce microbienne sur ses apparences microscopiques. Nous croyons cependant devoir écrire les lignes qui vont suivre, car nous espérons qu'elles

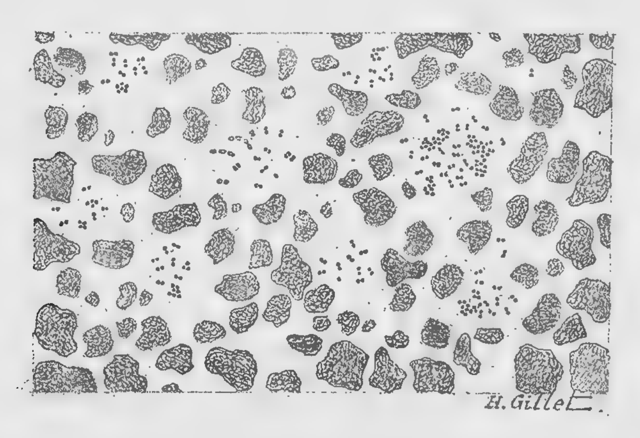


Fig. 1. — Amas de bacilles dans du pus ayant fourni une culture pure. Les bacilles peuvent s'ordonner presque exclusivement en amas où leur caractère de bacille en navette disparaît à peu près totalement. Çà et là on retrouve quelques rudiments de chaînettes. Ce pus donne des cultures pures, il s'agit donc évidemment du seul bacille de Ducrey.

feront faire un pas à la reconnaissance pratique du bacille de Ducrey.

De la forme ordinaire du bacille, de l'aspect qu'il revêt dans le pus, nous ne dirons rien, on l'a suffisamment décrit et tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'il a l'aspect d'une navette, d'un biscuit dont les deux bouts sont colorés, le centre clair; l'espace central et les deux bouts paraissent enveloppés par une même membrane mince très difficile à percevoir.

A ceux qui le recherchent dans le pus, nous recommanderons volontiers d'étaler le pus sans le frotter trop vivement; l'extrémité du fil de platine convient bien, elle respecte toujours un nombre de chaînettes suffisant quand il en existe. La fixation peut être faite après dessic-

cation à l'air ou à l'étuve à 38°, par le sublimé ou l'alcool éther; nous préférons ce second moyen. Quant à la coloration, elle est d'une extrême simplicité et réussit à coup sûr quand on emploie ce procédé : mettre dans 100 à 200 grammes d'eau distillée une quantité de liqueur de Ziehl suffisante pour colorer l'eau en rouge clair, rouge cerise. Laisser les lames dans cette solution jusqu'à ce que le pus ait pris à l'œil nu un ton rouge bien net : il faut de deux à huit heures. Laver à l'eau distillée, laisser sécher, passer au xylol, monter. Les bacilles se détachent en rouge vif sur un fond beaucoup plus clair et on peut aisément les distinguer là même où ils sont noyés dans une masse de leucocytes et de globules du pus. Cette préparation les fait également vivement ressortir quand ils sont logés dans l'intérieur des globules blancs, ce qui arrive invariablement pour un certain nombre d'entre eux dans toute préparation.

Une autre précaution utile quand on examine les cultures du bacille est de les placer en chambre humide, nous voulons ici parler surtout de la culture. On acquiert ainsi l'impression nette qu'il y a autour d'eux une substance unissante qui se poursuit d'un bout à l'autre des chaînettes. On constate en même temps l'immobilité absolue des chaînes bacillaires. Nous n'en avons pas suivi la croissance et le fait eût été sans doute impossible dans les conditions d'expérience où nous nous trouvions.

Le bacille examiné, isolé ou en chaînette, mais beaucoup plus nettement quand il est examiné dans les cultures filamenteuses, paraît plongé dans cette substance unissante qui l'enveloppe et qui dessine autour de lui un halo incolore plus ou moins large. Quand le développement de cette masse est considérable et que les bacilles sont à l'intérieur des leucocytes, il arrive que l'on perçoit nettement entre le leucocyte rose et le bacille rouge un espace clair, incolore qui représente cette substance.

Dans l'état normal, cette zone, que nous désignerons sous le nom de zone glaireuse, demeure complètement incolore; au contraire, dans les cultures il arrive parfois qu'on peut la distinguer dans deux circonstances diverses.

Dans un premier cas, si l'on examine avec soin, successivement, le bout de toutes les chaînettes que le fil de platine a rompues et dispersées dans la préparation, on verra que de certaines extrémités partent des filaments ténus et parfois très longs qui vont rejoindre le bout d'un autre bacille ou d'une autre chaînette. Ces filaments représentent manifestement la substance fondamentale qui sert pour ainsi dire d'habitation aux bacilles.

Cette substance, qui n'est, dans le plus grand nombre des cas, qu'à peine visible, va, en d'autres circonstances, manifester nettement son existence, et nous allons bien vite comprendre l'importance pratique de

ce fait. En effet, dans certaines cultures vieillies ou qui peut-être ont souffert au cours de leur développement bien qu'elles demeurent capables de reproduire le chancre mou, comme nous nous en sommes assuré, on voit les bacilles s'espacer dans la chaînette, mais celle-ci n'en reste pas moins indivise sur une très longue étendue et d'autant plus facile à suivre qu'il se manifeste un phénomène remarquable de transformation dans la nature de la matière glaireuse péribacillaire en même temps que dans le bacille. On voit alors le bacille s'allonger et prendre une longueur inusitée en restant colorable dans toute son

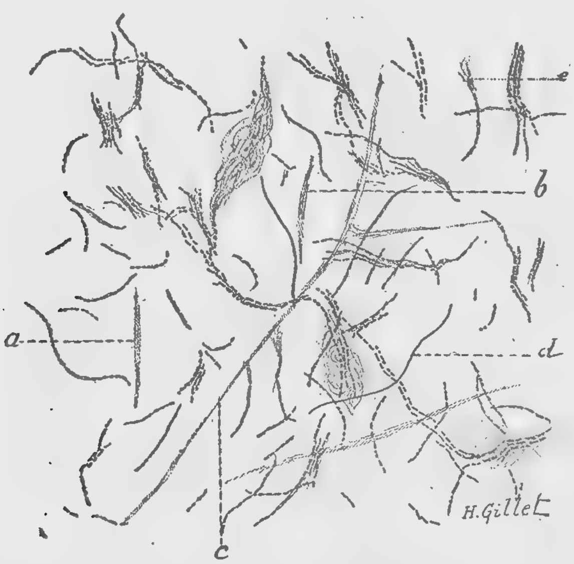


FIG. 2. — Substance glaireuse interbacillaire visible dans certaines chaînettes et entre les bacilles épars. Culture dissociée.

a, *b*, *c*, *e*. Filaments glaireux teints dans la préparation en rose pâle, dans lesquels on voit des bacilles disséminés ; quelques-uns de ces filaments (*b*) ne montrent qu'un cocco-bacille très court isolé de loin en loin. En (*e*) pinceau filamenteux à l'extrémité d'une chaînette. — *d*. Filament sans aucune division, on en voit un autre un peu plus haut dans la préparation.

étendue ; on le voit au contraire affecter une brièveté si grande qu'il est comparable aux plus fins streptocoques et que les espaces qui séparent les divers individus sont à peine distincts. Enfin ces formes courtes sont dans d'autres cas éloignées les unes des autres, et c'est dans ces conditions surtout que la matière unissante inter et péribacillaire atteint tout son développement et de plus devient colorable. Sa coloration reste toujours beaucoup moins vive que celle du bacille, et l'on voit dans des chaînes longues d'une à plusieurs centaines de μ, des bacilles colorés vivement en rouge, arrondis aux deux bouts, sans aucune séparation médiane perceptible, affectant par leur brièveté et par la presque égalité de leurs dimensions la forme de cocco-

bacilles, et marquant comme autant de jalons la traînée rosée de matière glaireuse pour ainsi dire vidée de ses chaînons naturels. La netteté de ces images est absolue, et leur évidence aussi grande que celle de l'existence des bacilles à forme banale dans le plus grand nombre des autres chaînes.

C'est donc là un élément important dans l'existence du bacille de Ducrey, car nous avons noté souvent que ces formes où la matière glaireuse péribacillaire et interbacillaire est amplement développée ont une résistance à la disjonction beaucoup plus considérable que

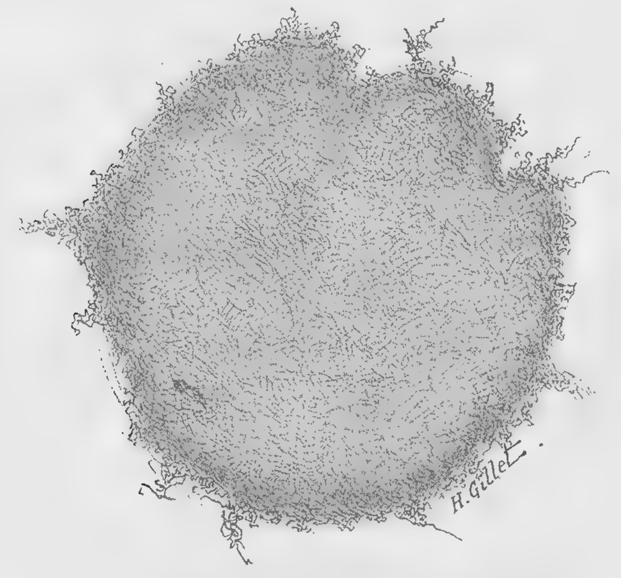


Fig. 3. — Aspect d'une colonie à un faible grossissement. (Obj. 4, oc. 4, ch. claire Reichert.) On voit sur le bord de la colonie s'échapper quelques-unes des chaînettes bacillaires dont elle est formée.

celles où cette matière n'existe pas ou peu. Cette assertion demande cependant un correctif ; le voici : la résistance de cette substance unissante varie dans d'assez grandes proportions pour un développement en apparence égal. Cependant on peut considérer comme un terme moyen suffisamment juste le fait que la dislocation des chaînes de bacilles est d'autant plus aisée que le tissu unissant est moins développé.

Cette constitution du bacille fera donc varier dans de très notables proportions son ordination dans le pus, comme elle la fait varier dans les milieux et c'est là, croyons-nous, la grande différence qui sépare au point de vue du développement les bacilles en chaînettes de certains pus, des bacilles libres ou des bacilles en amas d'autres pus. Sous quelle influence se produisent ces modifications ? Il serait illusoire de le

chercher ; il est vrai que plus le milieu est humide, plus on voit la chaîne devenir longue ; mais dans le pus, milieu humide par excellence, les bacilles sont très souvent groupés en amas, alors que dans les tissus, milieu liquide et milieu solide tout à la fois, ils se disposent en très remarquables chaînes.

La formation d'amas est un mode de colonisation du bacille de Ducrey : le fait est d'autant plus indubitable que des chancres jeunes provenant d'inoculation de cultures pures, immédiatement fixés après excision par un réactif puissant tel que le sublimé acétique, peuvent ne présenter exclusivement que des amas, des agglomérations sans ordre apparent du bacille de Ducrey.

Le fait est encore plus indubitable si l'on observe ce qui se passe dans une série de cultures et d'inoculations à l'homme faites en série avec le même bacille : on voit un bacille en chaînette dans le pus, avec quelques rares amas, pousser dans une série de tubes sous forme de chaînes pour ainsi dire sans fin. Après une série de ces générations le bacille inoculé donne un chancre où il est presque impossible de trouver une chaînette même très petite, mais où foisonnent les agglomérations bacillaires sans ordre apparent. Une nouvelle culture va reproduire les chaînes et ainsi de suite.

Or, comme nous le disions précédemment, ce qui a fait et ce qui fait errer aujourd'hui encore les observateurs, c'est qu'ils cherchent les chaînettes partout, alors que le bacille du chancre mou est en abondance sous leurs yeux sous forme d'agglomérations.

L'existence de cette substance unissante entre les bacilles et autour d'eux nous amène à nous demander comment se multiplient les bacilles et comment on peut expliquer qu'il y ait dans le pus des formes en chaînettes et des agglomérations. Le problème est particulièrement délicat ; il ne peut guère se résoudre que par déductions tirées de l'observation de certains faits que nous allons maintenant étudier.

Nous ne prendrons en considération ni le bacille extrêmement court à forme cocco-bacillaire, ni le bacille long sans division apparente que l'on rencontre aussi fréquemment l'un que l'autre dans les cultures. Nous nous arrêterons à la seule forme commune disposée en chaînettes. Dans les cultures, en examinant avec soin les uns après les autres les bacilles d'une chaîne, on en trouve dont l'espace clair est très net et sépare largement les deux extrémités colorées. Parmi ces bacilles, quelques-uns semblent avoir subi un véritable étirement de toutes les parties et l'on se convainc bientôt qu'un début de scission s'opère et que les deux extrémités colorées sont en voie de division. Le fait devient plus palpable là où la multiplication des extrémités se fait très rapidement et où les divisions se succèdent avant que l'espace clair central ait atteint ses dimensions normales. On se trouve en pré-

sence, dans ce cas, de la disposition streptococcique assez commune dans les cultures. En examinant ainsi successivement les divers bacilles constituant les chaînes, on remarque que la longueur de l'espace clair ne peut excéder certaines dimensions sans que les deux bouts subissent le processus de division. Chacune des extrémités du diplobacille se comporte donc comme un bacille autonome et se divise pour son propre compte; il en résulte qu'entre deux diplobacilles l'espace clair représente l'espace clair primitif qui séparait les deux bouts d'un unique diplobacille. Pour parler plus intelligiblement, il n'y a d'aspect diplobacillaire que parce que nous considérons deux formes jeunes comme un seul et même individu, l'espace clair du centre tendant à grandir à mesure que les bacilles qu'il délimite croissent et deviennent adultes. Adultes, ils demeurent un instant stationnaires, et au moment même où ils se scindent ils reproduisent un pseudo-diplobacille à bouts très rapprochés. Les deux termes d'une division récente étant toujours beaucoup plus près l'un de l'autre que les deux termes d'une division ancienne, seront comme isolés dans un cadre clair et sembleront constituer un bacille unique à deux bouts. Ceci explique encore que dans les chaînettes où la division du bacille se fait avec une régularité très grande et avec rapidité on trouve sur toute la longueur de la chaîne des formes élémentaires de même longueur, séparées par des espaces égaux et toutes arrivées en même temps au même terme de la division.

Reste à étudier en quelques mots le rôle que joue la substance unissante dans cette division des bacilles. Nous rappellerons seulement que cette substance prend d'une chaîne à l'autre, d'une variété bacillaire à l'autre, une importance absolument variable. Tantôt, comme dans les cas que nous avons rapportés, la substance unissante devient prépondérante au point de constituer à elle seule la très grande partie de la chaîne et les bacilles y paraissent logés comme des fèves espacées dans une longue gousse; tantôt au contraire elle enclôt étroitement les bacilles, existe à peine, est d'une ténuité si grande que les meilleurs objectifs la laissent plutôt deviner que percevoir et que le bacille prend toute l'importance qu'elle a perdue. Dans ces conditions qui sont celles de nombre de cultures et celles où se trouve le streptobacille dans le pus, la substance unissante ne se dessine qu'en coupe optique entre deux bacilles récents ; elle disparaît complètement entre les bacilles anciens, d'où l'impossibilité de la constitution des chaînettes. Enfin, quand cette matière glaireuse est réduite au minimum ou peut-être même quand elle manque complètement, les bacilles, n'ayant aucun moyen d'union, se séparent dès leur division et l'on ne trouve plus dans le pus, comme il arrive fréquemment, que des cocco-bacilles en amas au centre de la grande majorité desquels il n'existe aucun espace clair appréciable parce qu'ils ne sont pas encore

en voie de division et que le phénomène de division les séparera nettement, quand il se produira, avant qu'on ait eu le temps ou le pouvoir de le constater.

Nous pouvons donc écrire que les termes extrêmes de l'évolution du bacille de Ducrey sont compris entre les cocco-bacilles isolés les uns des autres et groupés en amas dans le pus et les cocco-bacilles isolés dans des chaînes glaireuses et séparés les uns des autres par des espaces qui atteignent sept à huit fois au moins leur longueur.

Nous sommes donc logiquement amené à conclure que ce qui fait le bacille de Ducrey, ce n'est pas le groupement diplo-bacillaire, c'est l'existence des diverses formes d'un cocco-bacille s'entourant, du fait de réactions que nous ignorons complètement, d'une substance glaireuse qui le maintient uni à ses voisins ; ou ne s'entourant en aucune façon ou d'une façon incomplète de cette même zone glaireuse et demeurant, de ce fait, ou en très courtes chaînettes ou complètement isolé dans le pus.

On comprend maintenant pourquoi nous avons tant insisté dès le début de ce mémoire sur la variabilité apparente du bacille de Ducrey dans le pus et dans les milieux de culture.

Ces idées sont celles que j'ai eu l'honneur d'exposer brièvement aux quelques membres qui suivaient en août, sous la direction de mon maître, M. Darier, les travaux histo-bactériologiques du Congrès de Dermatologie. Ce sont celles aussi que j'ai avancées en novembre 1899 dans une conférence faite aux élèves du laboratoire de M. Gastou, à Saint-Louis.

Nous croyons donc pouvoir, de par les cultures, les photographies, les coupes présentées à la Société de dermatologie, revendiquer la priorité des preuves expérimentales de l'action pathogène spécifique du bacille de Ducrey dans la production de la chancrelle.

Quant aux conclusions que nous tirerons des travaux que nous avons dû interrompre, comme nous l'avons dit, par la force des circonstances, elles seront les suivantes :

1° Il n'est jamais nécessaire d'inoculer le pus d'une ulcération douteuse pour pouvoir affirmer sa nature, car l'examen microscopique direct prouve que le bacille est toujours aisé à trouver dans la chancrelle, pour qui le connaît.

2° L'inoculation à la cuisse et l'asepsie consécutive de la surface du chancre inoculé, étant les seuls moyens d'arriver à la culture, qu'on ne peut presque jamais obtenir en partant du chancre initial, il est inutile de la tenter.

3° Le récent travail de MM. Bezançon, Griffon et Le Sourd, a confirmé, quant à l'action pathogène du virus isolé, ce que nous avons dit en 1898, 1899 et 1900.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Par le Dr **W. Dubreuilh**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

On connaît fort mal le lupus érythémateux des muqueuses et la plupart des auteurs en font à peine mention. Il paraît être assez rare, mais il n'est pas possible de l'affirmer, parce qu'on ne songe pas souvent à examiner la bouche des malades atteints de lupus érythémateux. Je ne parle pas, bien entendu, des lésions du bord libre des lèvres, celles-là tout le monde les a vues, mais de celles de la cavité buccale.

Cette étude est cependant importante, parce que ces lésions sont peut-être quelquefois confondues avec des manifestations syphilitiques. Tous ceux qui ont à examiner et à traiter des lésions de la muqueuse buccale, ce terrain sur lequel se rencontrent les dermatologistes, les laryngologistes et les stomatologistes, savent combien souvent on est embarrassé par des lésions buccales qu'on ne sait où classer. On voit bien ce que ce n'est pas, mais on est embarrassé pour dire ce que c'est. Or, il est bien possible que le lupus érythémateux de la cavité buccale puisse exister isolément, comme le lichen plan buccal, sans aucune lésion analogue de la peau. Le diagnostic est alors singulièrement épineux et même impossible dans l'état actuel de nos connaissances. Il faut donc d'abord l'étudier chez des malades atteints de lupus érythémateux cutané classique et plus tard peut-être pourrons-nous le reconnaître quand il est isolé. Il en est de cela comme du lichen plan : l'étude des lésions buccales chez les malades atteints de lichen plan cutané a permis de diagnostiquer le lichen plan buccal isolé et de retirer un type morbide classé et défini du groupe confus et encore fort étendu des lésions incertaines de la bouche.

Le travail actuel n'a pas d'autre prétention que d'ébaucher cette étude et de poser quelques jalons.

Dans ses *Leçons sur les maladies de la peau*, Kaposi dit que dans plusieurs cas de lupus érythémateux, il a vu la muqueuse de la voûte palatine et des joues présenter des lésions analogues. C'étaient des plaques recouvertes d'excoriations lenticulaires et punctiformes, occupant dans un cas toute la face interne de la joue, superficielles, rouges ou tapissées d'un enduit grisâtre et de taches cicatricielles bleuâtres; cette affection s'est montrée aussi rebelle que celle qui siège à la peau.

E. Vidal (1) a présenté en 1889, à la Réunion clinique hebdomadaire des médecins de Saint-Louis, une femme de 54 ans atteinte de lupus érythémateux du cuir chevelu et de la bouche. On y trouve sur la face interne de chaque joue une plaque qui s'étend depuis 1 centimètre en arrière de la commissure jusqu'à la 2e ou la 3e molaire inférieure. Le centre de ces plaques est rougeâtre et déprimé, le bord en est blanchâtre, formant des festons et des arborisations; elles font un léger relief apparent à la vue et facile à constater au toucher. Ces lésions ne sont pas très douloureuses, cependant la malade se plaint de picotements spontanés et dit éprouver un peu de douleur au contact des aliments et particulièrement du pain. Sur le côté gauche de la langue on voit une surface dépapillée, lisse, ayant environ 1 centimètre de long sur 5 à 6 millimètres de large, sur laquelle la malade ne peut donner aucun renseignement.

G. H. Fox (2) a publié l'observation d'une jeune fille de 18 ans, atteinte de lupus érythémateux de la face et de tuberculose pulmonaire et qui eut une série d'érysipèles de la face accompagnés de stomatite aiguë avec des plaques blanchâtres des lèvres et des ulcérations de la voûte palatine qu'il attribue au lupus érythémateux.

Petrini (3) cite sommairement des lésions de la muqueuse buccale dans un cas de lupus érythémateux généralisé. La muqueuse était rouge, gonflée, avec des taches cicatricielles.

Lang (4) montre à la Société dermatologique de Vienne une femme atteinte de lupus érythémateux qui présentait dans l'angle formé par les deux mâchoires une plaque cicatricielle au centre, infiltrée et bleuâtre à la périphérie.

L. Roberts (5) a observé chez une femme de 45 ans une gingivite qu'il attribue au lupus érythémateux. La gencive inférieure est spongieuse et rétractée ; la canine et les incisives gauches sont déchaussées et ébranlées ; on peut faire sourdre du pus du collet de la dent. Le lupus érythémateux de la face se prolonge jusqu'au bord libre de la lèvre, mais ne se continue pas avec la lésion gingivale. Ce cas me paraît devoir être laissé de côté, parce que rien ne prouve que cette gingivite expulsive soit du lupus érythémateux, d'autant plus qu'il diffère complètement de tous les autres cas.

Un des plus beaux cas de lupus érythémateux des muqueuses est

(1) E. Vidal. Lupus érythémateux du cuir chevelu et de la muqueuse buccale. *Annales de derm.*, 1889, p. 785.

(2) G. H. Fox. Case of lupus erythematosus of the face and oral cavity. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1890, p. 24.

(3) Petrini de Galatz. Note sur un cas de lupus érythémateux généralisé. *Congrès internat. de Dermat.*, Vienne, 1892, p. 352.

(4) Lang. *Archiv für Dermatologie*, 1893, p. 861.

(5) Leslie Roberts. Does lupus erythematosus ever attack the mucous membranes. *British Journal of Dermatology*, mai 1897, p. 177.

celui qui a été présenté par M. Balzer au dernier Congrès international de dermatologie, et au sujet duquel il a bien voulu me communiquer quelques notes. Il s'agit d'un jeune homme atteint de lupus érythémateux typique étendu à la presque totalité de la figure, à la partie supérieure de la poitrine et des bras et aux mains. Sur les muqueuses, le lupus occupe le bord libre des lèvres, une partie de leur face interne, toute la face interne des deux joues, tout le palais jusques et y comprise une partie des piliers.

La muqueuse est violacée, avec des traînées blanchâtres ; elle présente un épaississement très notable, mais il n'y a aucune tendance à l'ulcération.

M. Brocq a présenté à la Société de dermatologie, le 3 mai 1900, une femme atteinte de lupus érythémateux avec des lésions buccales ; mais le cas est si complexe et accompagné de phénomènes si anormaux qu'on ne peut savoir si les lésions muqueuses sont dues au lupus érythémateux ou à une complication.

Obs. I. — Comme cette observation a déjà été publiée par M. Méneau (1) dans un article sur le lupus érythémateux du cuir chevelu, je me borne à décrire les lésions de la bouche, en y ajoutant la discussion du diagnostic que j'avais notée en prenant l'observation et qui n'est pas reproduite par M. Méneau.

M. L..., 47 ans, atteint depuis cinq ans de lupus érythémateux des deux joues et du cuir chevelu.

La lèvre inférieure présente, sur son bord libre, quelques marbrures violacées sur lesquelles se détache un fin réseau blanc. Aspect typique du lupus érythémateux des lèvres.

Dans la bouche, on trouve de chaque côté une plaque blanchâtre située en arrière de la dernière molaire inférieure et siégeant sur la muqueuse génienne, sur l'apophyse coronoïde et sur la face externe de la gencive. Ces deux plaques, dont le malade ignorait complètement l'existence, sont à peu près semblables, la gauche étant seulement un peu plus grande. Elle a environ 2 centimètres de large, sa forme est très irrégulière, lobée, à lobes de 5 à 7 millimètres de large. Pas de rougeur au pourtour, seulement un peu au centre, pas d'infiltration ni de saillie. La couleur générale est d'un blanc nacré plus marqué à la périphérie où elle forme une bordure de 2 millimètres de large environ, d'une blancheur éclatante, bien limitée vers la muqueuse saine, moins bien limitée vers la partie centrale où elle se diffuse en stries convergentes vers le centre. A la palpation on trouve une certaine dureté superficielle sans infiltration, assez analogue à ce qu'on trouve dans le lichen plan de la muqueuse, mais moins prononcée.

Le diagnostic se pose entre les affections suivantes :

1° Des cicatrices d'ulcérations syphilitiques ou mercurielles. On ne trouve pas de traces de syphilis ; le malade n'accuse aucun antécédent de

(1) Méneau. Lupus érythémateux du cuir chevelu. *Société franç. de Dermatologie*, 10 avril 1896.

syphilis ou de traitement mercuriel ; il n'a jamais eu de stomatite. Ses lésions sont plus marginées que ne le sont des cicatrices d'ulcérations; dans ce cas les traînées blanches s'irradient d'un centre plus blanc et plus dur que la bordure.

2° Le lichen plan affecte plutôt l'interstice des arcades dentaires. Les traînées blanches sont plus minces, plus dures au toucher ; elles forment des grains et des réseaux, mais non des plaques marginées aussi grandes.

3° Le lupus érythémateux. Les plaques blanches de la bouche ont beaucoup d'analogie avec les traînées blanchâtres du lupus érythémateux des lèvres, il y manque le fond violacé, ce qui tient peut-être à ce que ce sont des lésions anciennes et guéries.

Obs. II. — Le cas suivant m'a été montré par M. le Dr Hassler, médecin major à l'hôpital militaire de Bordeaux, qui, sur mon conseil, l'a présenté à la Société d'anatomie de Bordeaux.

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, qui a cinq mois de service militaire. Il a toujours joui d'une bonne santé générale, sauf une atteinte de rhumatisme il y a neuf ans ; il a des engelures aux mains chaque hiver, mais jamais aux pieds ni aux oreilles. Aucun antécédent héréditaire tuberculeux.

La maladie actuelle remonte à trois ans. Elle a débuté par les deux oreilles, le pavillon a été pris le premier, puis le nez ; quelque temps après il se forme des plaques nouvelles au-devant du tragus gauche, sur les paupières et les rebords orbitaires. Depuis le début de la maladie, il n'y a pas eu de guérison à proprement parler, mais des améliorations notables chaque été. Actuellement, les deux oreilles sont entièrement prises, sauf le lobule droit ; on trouve aussi des îlots de 1 à 3 centimètres distribués sur le nez, les joues, le menton et les paupières.

Ces plaques présentent tous les caractères habituels du lupus érythémateux typique, quelques-unes cependant offrent quelques particularités. Sur le menton on remarque une petite plaque assez régulière à fond blanchâtre légèrement violacée, sur laquelle on voit au niveau de la bordure de petites saillies miliaires qui donnent à la plaque un aspect papillomateux. Une plaque semblable occupe la partie moyenne de la lèvre supérieure. En ce point, l'état papillaire est un peu plus étalé qu'au menton, mais on trouve à la surface de petits blocs cornés, jaunes, verdâtres, à structure feuilletée qui viennent assez facilement au grattage.

Les lèvres sont d'un rouge violacé ; elles desquament sous forme de lamelles collodionnées. Sur leur face buccale on voit des plaques irrégulières, rouges, non ulcérées, à peine érodées, parsemées d'un petit granité blanc violacé.

Dans le sillon gingivo-génien gauche, au niveau de la première grosse molaire qui a été extraite il y a un an et demi, on voit une plaque d'un blanc violacé avec une bordure assez régulière, très légèrement saillante et un peu dure au toucher. Cette plaque est formée de petits grains miliaires de un quart de millimètre environ, très légèrement saillants, donnant un peu au toucher la consistance du lichen plan, distribués assez irrégulièrement à la surface de la plaque et reposant sur un fond rougeâtre. Au centre de cette plaque, on trouve aussi des tractus blanchâtres

irréguliers d'aspect cicatriciel. Cette plaque, dont le malade ignorait l'existence, est complètement indolente, mesure 1 centimètre et demi de large sur deux de long et remonte sur la face interne de la joue et un peu aussi sur le bord de l'arcade dentaire.

L'examen du nez, du pharynx et du larynx, pratiqué par M. Moure, n'a rien révélé d'anormal.

Obs. III (communiquée par M. le professeur Audry, de Toulouse). — Mme X..., âgée de 48 ans, se présente pour la première fois au mois de mars 1900. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Elle a deux fils adultes et bien portants et n'a jamais fait de fausse couche.

Depuis plusieurs mois, elle porte sur le bout du nez une lésion froide, indolente, qui progresse lentement et constamment. Elle forme un disque assez régulièrement arrondi, un peu plus grand qu'une pièce de 1 franc, et qui occupe exactement l'extrémité du nez sans atteindre la sous-cloison ni les bords des ailes. Les bords en sont rouges, bien délimités, à peine surélevés. Le centre présente une teinte jaunâtre superposée à un fond rouge. La surface est rugueuse, un peu squameuse, semée de petits orifices. Toute l'étendue de la plaque présente une infiltration superficielle. En somme, cette lésion présente tous les caractères habituels d'un lupus érythémateux.

Traitement interne tonique; galvano-puncture et scarification de la plaque.

La malade revient le 10 mai; elle a subi chez elle des pointes de feu répétées. La lésion a sensiblement grandi, tout en conservant sa forme et son aspect primitifs, avec un peu d'inflammation périphérique. On fait des applications de savon noir.

Le 29 juin, elle entre à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Le savon a exercé une influence favorable et a fait disparaître l'inflammation surajoutée. On excise la plaque de lupus du nez et l'on comble la perte de substance par une greffe d'Ollier-Thiersch.

C'est le lendemain de l'opération que la malade se plaint de sa langue pour la première fois.

La langue présente sur les deux bords, à 3 centimètres de l'extrémité, deux plaques symétriques, arrondies, lisses, d'un rose vif, ni surélevées, ni déprimées, et parfaitement indolentes. Il n'y a pas à ce niveau d'induration; la muqueuse est souple; il n'y a pas de sillon; cependant, au milieu de la plaque de droite, sur le bord libre, il y a une échancrure de 2 à 3 millimètres, blanchâtre et d'aspect cicatriciel.

L'aspect de ces lésions fait penser à la syphilis, et l'on donne un traitement mixte. Dix-sept jours après, elle quitte l'hôpital, le nez parfaitement guéri, mais la langue toujours dans le même état.

En septembre, Mme X... écrit que des boutons reparaissaient sur la cicatrice du nez.

L'examen histologique de la plaque excisée sur le nez montre des lésions inflammatoires telles que la plupart des auteurs en ont trouvé dans le lupus érythémateux, mais pas de cellules géantes.

Obs. IV. — Mme X..., d'Angoulême, m'est adressée le 12 novembre 1900, par le Dr Brocq, avec le diagnostic de lupus érythémateux.

Elle est âgée de 43 ans et n'a pas d'autres antécédents à signaler que de la tuméfaction des ganglions cervicaux dans son enfance; ils ont du reste disparu au bout de peu de temps sans suppurer. Personne dans sa famille ou son entourage n'a jamais présenté aucun symptôme de tuberculose.

La maladie actuelle a débuté depuis huit ans, par trois petites taches rouges situées au fond de la conque des deux oreilles et sur la lèvre supérieure ; elles ont persisté malgré des traitements variés et depuis un an les lésions ont pris une beaucoup plus grande extension. Actuellement, une grande plaque rouge occupe le dos du nez, la partie supérieure des joues, les paupières inférieures et une partie des paupières supérieures ; une autre plaque, haute de 2 centimètres, large de 3 centimètres, occupe le milieu de la lèvre supérieure ; au fond de la conque de chaque oreille se trouve une petite plaque rougeâtre; on trouve trois ou quatre petites taches lenticulaires dans les sourcils, enfin deux grandes plaques sur le cuir chevelu.

La grande plaque de la face présente une teinte rouge clair, son contour est largement festonné, très nettement délimité, il est même marqué par une bordure de 3 ou 4 millimètres de large, d'un rouge plus vif, et formant une très légère saillie qui est perceptible à un éclairage rasant mais n'est pas perceptible au toucher. Cette plaque présente une induration à peine appréciable; pas d'infiltration notable ; il n'y a pas de desquamation, pas de douleurs spontanées ou à la palpation ; un peu de sensibilité au grattage. Elle est frappante par sa parfaite symétrie. Les autres plaques de la face présentent les mêmes caractères. Celle de la lèvre supérieure est couverte d'une desquamation modérée en écailles dures très adhérentes. Sur le côté gauche du cou et la région parotidienne se trouvent quelques petites plaques de 10 à 12 millimètres, rondes, qui sont à peu près guéries et ne sont plus qu'érythémateuses, sans infiltration aucune, sauf au niveau de quelques points miliaires situés sur les bords qui sont plus rouges et un peu saillants.

Sur le cuir chevelu se trouvent deux plaques, l'une située à la partie supérieure du frontal, sur la ligne médiane, arrondie, large de 5 à 6 centimètres, l'autre plus petite (2 centimètres), en avant et à gauche, près de la lisière des cheveux. Ces deux plaques sont vaguement rougeâtres et marbrées; elles ne présentent aucune infiltration, aucune desquamation ; elles sont à peu près glabres, sauf un peu de duvet atrophique, irrégulier. Il n'y a pas d'atrophie cicatricielle à leur surface. Ces deux plaques sont en voie d'accroissement assez rapide.

La gorge est un peu rouge et, sur chacun des piliers antérieurs, est une bande verticale d'un rouge un peu violacé. A la partie inférieure de la joue gauche, au niveau des dernières molaires, se trouve une plaque allongée d'avant en arrière de 3 centimètres sur 1 centimètre. Sa couleur, d'un rouge violacé, n'est pas uniforme et homogène, mais forme des stries rayonnantes irrégulières ; au milieu de cette plaque se trouve une ulcération de la grandeur d'une petite lentille, rouge et superficielle, à côté une tache blanche plus petite, d'aspect cicatriciel. Sur la joue droite, une seconde tache à peu près symétriquement placée présente les mêmes

caractères, mais elle est plus petite, plus irrégulière, elle n'a pas d'ulcération. Le bord des piliers antérieurs du voile du palais est occupé par une étroite bande violacée, mal limitée, de tout point semblable à celles des joues. Ces plaques, notamment celle de la joue gauche, présente à la palpation une dureté manifeste.

Le 9 janvier 1901, Mme M... revient sensiblement améliorée. Les plaques des joues sont moins rouges, notamment aux bords, qui sont complètement affaissés, et certaines plaques ont complètement disparu. Sur le cuir chevelu, les plaques ont pâli et les cheveux repoussent en abondance ; ils sont encore très fins, mais ont déjà 3 à 4 centimètres de long.

Dans la bouche, on ne retrouve presque pas les plaques des piliers ; celles de la muqueuse des joues ont pâli et forment de chaque côté, à la partie inférieure de la muqueuse génienne, une plaque irrégulière, allongée, blanchâtre, formée d'un enchevêtrement de petites brides cicatricielles ; l'ensemble est indolent et donne au doigt une impression de dureté superficielle.

Ces lésions de la bouche ne sont pas douloureuses actuellement, mais autrefois la malade éprouvait dans cette région un peu de gêne et de la sensibilité aux aliments irritants. Cette sensibilité remonterait même à une dizaine d'années ; les lésions de la bouche auraient donc précédé les autres.

On peut, d'après ces observations, esquisser une description du lupus érythémateux des muqueuses. Il débute par des plaques d'un rouge violacé assez mal limitées, un peu infiltrées, présentant parfois de petites ulcérations superficielles. Un peu plus tard, apparaissent des traînées blanches cicatricielles qui se détachent sur le bord violacé ; à ce moment il y a une grande analogie entre le lupus érythémateux de la cavité buccale et celui du bord libre des lèvres. Enfin, la rougeur tend à s'effacer pendant que les marbrures cicatricielles prennent plus d'importance et la lésion n'est plus représentée que par une cicatrice blanche un peu dure au toucher, offrant la forme d'un bourrelet circulaire avec des traînées convergentes vers le centre. Il est probable qu'arrivée à ce stade la lésion persiste indéfiniment sans changement.

Le siège le plus ordinaire est la muqueuse des joues dans la partie correspondant à l'interstice des deux mâchoires et plus particulièrement dans la partie postérieure, au niveau des dernières molaires. Cependant toutes les parties peuvent être prises et les lésions peuvent envahir les joues en totalité, les gencives, le palais, la gorge.

L'indolence est complète et, sauf dans le cas de Vidal, les malades ignorent leurs lésions buccales.

Les altérations linguales sont moins caractéristiques ; elles se réduisent à des plaques arrondies, dépapillées, rouges, sans infiltration ni douleur, siégeant sur les bords de la langue.

Le diagnostic ne présente aucune difficulté chez un malade atteint

de lupus érythémateux évident de la peau. Mais il faut prévoir le cas où les lésions cutanées manquent ou sont ambiguës.

Le siège des lésions sur les joues, au niveau de l'interstice des mâchoires, peut faire penser à des cicatrices de stomatite mercurielle en présence d'un lupus érythémateux réduit à des plaques blanches ; mais les commémoratifs auront ici de l'importance parce qu'on n'oublie pas l'existence d'une stomatite mercurielle poussée jusqu'à ce point, ni la cause qui lui a donné naissance.

La syphilis, à aucune de ses périodes, ne produit guère des lésions de la muqueuse des joues. Cependant il peut y avoir des syphilomes tertiaires en plaques de la région commissurale. Dans le syphilome, l'infiltration est plus dure et plus limitée, la couleur n'est plus violacée ; il y a de la leucokératose à sa surface et dans son voisinage; la lésion est entretenue habituellement par le tabac et elle est plus ou moins douloureuse. La difficulté me paraît pour le moment insurmontable pour ce qui concerne les lésions de la langue ; la fixité et l'indolence des lésions me paraissent être le seul caractère différentiel entre le lupus érythémateux de la langue et la plaque muqueuse dépapillée.

Au point de vue thérapeutique je proposerai l'usage de collutoires à l'ichtyol ou tout au moins des lavages de la bouche avec une solution de goudron, telle que le coaltar saponiné; mais Kaposi a remarqué la ténacité du lupus érythémateux buccal, et le malade se soumettra difficilement à un traitement désagréable pour une lésion indolente et dont le pronostic local est en somme bénin.

DES SYMPTOMES PUPILLAIRES PRÉCOCES DE LA SYPHILIS ACQUISE

Par le Dr **Sulzer**.

Duchenne (de Boulogne) le premier attira l'attention sur les symptômes pupillaires de l'ataxie locomotrice, le myosis habituel et la dilatation survenant pendant certaines attaques douloureuses. Robertson signala en 1869 un symptôme particulier de la pupille chez des personnes atteintes de maladies nerveuses. Sous l'action des rayons lumineux, la pupille reste immobile et cependant elle se contracte pour la fixation de près. Vincent, Charcot, Erb et d'autres vérifièrent le fait et montrèrent qu'il se rencontre surtout dans l'ataxie locomotrice et dans la paralysie progressive des aliénés. Dans la première de ces affections, le signe d'Argyll Robertson apparaît le plus souvent à l'état d'isolement, sans participation aucune de l'accommodation. Dans la paralysie progressive, par contre, l'absence double du réflexe pupillaire photomoteur s'associe souvent à l'absence unilatérale de la réaction pupillaire accommodatrice et à la paralysie d'autres branches de la troisième paire. Dans la syphilis cérébrale, où le signe d'Argyll Robertson a été observé également, la paralysie pupillaire englobe le plus souvent les deux réactions, la photomotrice et l'accommodation.

Les pupilles qui présentent le signe de Robertson sont presque toujours étroites, présentant un diamètre de 1,5 à 2 millimètres. Cela est surtout vrai pour l'ataxie locomotrice. Dans la paralysie progressive, il peut être associé à des pupilles inégales et dilatées. Dans les rares observations de syphilis cérébrale où le signe de Robertson a été constaté, il le fut presque toujours sur des pupilles dilatées, le plus souvent sur une seule pupille. Il s'agit toujours d'anciennes véroles, et quelquefois le signe d'Argyll Robertson semble constituer dans ces cas le dernier vestige d'une ophtalmoplégie interne (paralysie de l'iris et de l'accommodation).

L'abolition double du réflexe pupillaire photomoteur qui existe longtemps ou toujours à l'état isolé sans participation de l'accommodation, c'est-à-dire le signe classique d'Argyll Robertson, tel qu'il se rencontre dans l'ataxie locomotrice et quelquefois dans la paralysie générale des aliénés, surtout à une époque où tout autre symptôme de ces affections fait encore défaut, est considéré par les uns comme le résultat d'une névrite périphérique, par les autres comme une affection nucléaire.

Nos connaissances actuelles sur l'anatomie de l'arc péristaltique

du réflexe pupillaire, peu modifiées depuis Flourens, peuvent être résumées de la façon suivante : ainsi que les fibres visuelles, les fibres pupillaires des nerfs optiques s'entre-croisent partiellement; chaque œil est relié au noyau du sphincter pupillaire du même côté et au même noyau du côté opposé, par des fibres pupillaires du nerf optique.

Les fibres pupillaires croisées sont réunies dans la bandelette aux fibres visuelles croisées jusqu'au niveau des corps genouillés; ici toutes les fibres pupillaires se tournent vers le plan médian pour atteindre le noyau du sphincter de l'iris situé sous l'aqueduc de Sylvius, en passant par la partie antérieure des corps quadrijumeaux.

Les deux noyaux sphinctériens droit et gauche sont situés de part et d'autre du plan médian, très rapprochés de celui-ci, le plus en avant de tous les noyaux oculo-moteurs (IIIe, IVe, VIe paires). Immédiatement derrière eux et presque en contact avec eux se trouve le noyau médian unique de l'accommodation. De part et d'autre de celui-ci, en contact aussi bien avec le noyau sphinctérien qu'avec le noyau accommodatif, sont situés les deux noyaux droit et gauche des muscles droits internes.

Les noyaux des autres fibres oculo-motrices se groupent de part et d'autre de ce groupe central, séparés de lui par une petite distance.

Tout le monde connaît les voies par lesquelles les fibres motrices issues de ces noyaux se rendent aux muscles intérieurs et extérieurs de l'œil.

A la suite de la mémorable découverte d'Argyll Robertson, l'étude des réactions pupillaires a pris un grand essor.

Le *phénomène* d'Argyll Robertson est connu aujourd'hui de tout le monde. Tout le monde sait, en outre, que quand la lumière frappe un œil la pupille du congénère laissé par un artifice dans l'obscurité se rétrécit en même temps que la pupille de l'œil éclairé : c'est le réflexe pupillaire *consensuel*. Ces deux réflexes sont surtout apparents quand le regard est dirigé au loin, quand les axes des deux yeux sont parallèles. Car le diamètre pupillaire varie, sans qu'un changement de l'intensité lumineuse ambiante survienne, avec la direction des axes oculaires. Au moment où le regard dirigé au loin est porté sur un objet rapproché, les deux pupilles se rétrécissent vivement et restent rétrécies aussi longtemps que la fixation à une courte distance est maintenue : chaque fois que le regard passe de la fixation au loin à la fixation de près, il se produit, sous l'influence des branches de la IIIe paire crânienne, deux contractions musculaires d'ordre différent, intimement liées entre elles; la contraction des deux muscles droits internes droit et gauche produit une rotation en dedans des deux globes, rotation qui dirige les deux axes oculaires vers le point fixé. Cette fonction constitue la convergence. En même

temps une contraction du muscle intérieur de l'œil, le muscle ciliaire cause une augmentation de la courbure cristallinienne telle que les rayons lumineux issus du point fixé viennent former une image distincte sur la rétine : c'est l'accommodation. Elle est accompagnée, nous l'avons dit, d'une contraction du muscle sphincter de la pupille. Ses deux ou trois mouvements sont des réflexes qui parcourent un acte péristaltique dont la rétine et les fibres optiques constituent la partie sensitive, la IIIe paire crânienne la partie motrice. C'est l'image rétinienne du point fixé qui déclanche le réflexe.

Ce n'est pas ici le lieu de décider si la contraction pupillaire qui accompagne la fixation de près est liée à la convergence ou à l'accommodation. Retenons seulement l'existence de deux ordres différents des réflexes pupillaires :

1° Les réflexes photomoteurs ou lumineux direct et consensuel, constatés sur l'œil immobile, les axes oculaires étant parallèles. Ils sont provoqués par l'action de la lumière sur la rétine, surtout ses parties centrales. Ce sont des réflexes pupillaires directs ;

2° La contraction pupillaire qui accompagne la fixation de près, le réflexe pupillaire de la fixation de près ; il se produit d'une façon indépendante de la lumière ambiante, par exemple quand le sujet placé dans l'obscurité passe de la fixation au loin à la fixation de son doigt index, placé à 30 centimètres en avant de son nez, doigt qu'il ne voit pas et qui ne forme aucune image sur sa rétine. C'est un réflexe associé ou indirect.

Les réflexes ou réactions pupillaires peuvent être altérés de trois façons différentes : 1° par la perte de la mobilité de l'iris soudé à la cristalloïde, dans l'absence de tout trouble percepteur ou moteur de l'arc péristaltique ou par l'influence d'agents toxiques (mydriatiques, myotiques, intoxications diverses) ; 2° par une altération de la perception lumineuse, suite de lésions de la rétine ou des fibres optiques siégeant entre l'œil et les noyaux d'origine de la IIIe paire ; 3° par une altération de la partie motrice de l'arc péristaltique, parcouru par le réflexe pupillaire.

Nous nous occupons ici exclusivement des troubles pupillaires appartenant à cette dernière catégorie ; ils ont pour substratum anatomique les neurones compris entre les noyaux d'origine de la troisième paire, situés au niveau de l'aqueduc de Sylvius, et les terminaisons périphériques iridiennes des fibres nerveuses qui se rendent à l'iris, ainsi que les fibres d'association et de coordination reliant le noyau du sphincter iridien au noyau de la convergence et de l'accommodation.

Les troubles de la partie motrice de l'arc péristaltique pupillaire se divisent en deux classes. Dans la première classe se rangent les cas où la réaction lumineuse et la réaction associée à la fixation sont éga-

lement affaiblies ou abolies : c'est la *pupilloplégie simple incomplète ou complète.* La pupilloplégie peut s'associer à une pupille dilatée (pupilloplégie mydriatique) ou à une pupille rétrécie (pupilloplégie myotique).

Dans la seconde classe se rangent les cas où le réflexe photomoteur est affaibli ou aboli, tandis que le réflexe consécutif à la fixation de près est intact. L'inverse peut avoir lieu aussi. Ce sont les *dissociations des réflexes pupillaires.*

Argyll Robertson, le premier, montra que dans la paralysie progressive générale et le tabes le réflexe pupillaire qui suit la fixation de près peut être conservé alors que le réflexe lumineux est aboli et cela dans l'*absence de toute altération de la perception lumineuse.* Ce syndrome constitue une *dissociation* des réflexes pupillaires photomoteur et associé. Le signe d'Argyll Robertson est en outre caractérisé par l'intégrité du pouvoir accommodatif. Le syndrome dans lequel des troubles des réflexes pupillaires, rendus le plus souvent apparents par une *inégalité des deux pupilles*, s'accompagnent d'une diminution ou de l'abolition du pouvoir accommodatif, c'est-à-dire d'une parésie ou paralysie du muscle ciliaire, forme un groupe à part nommé l'ophtalmoplégie interne.

5° L'ophtalmoplégie interne peut constituer le premier symptôme de la généralisation syphilitique, ainsi que nous avons eu l'occasion de l'observer chez deux malades de la clinique du Dr Parinaud, dont les conseils nous ont puissamment aidé dans l'étude si délicate des réactions pupillaires et auquel nous exprimons ici avec plaisir nos remerciements empressés.

Au point de vue de l'avenir du malade, il est du plus haut intérêt de différencier les dissociations des réflexes pupillaires, c'est-à-dire le signe d'Argyll Robertson, des ophtalmoplégies internes. Il faut donc mesurer l'amplitude de l'accommodation dans les troubles pupillaires. Le signe d'Argyll Robertson pur fera toujours penser à l'ataxie locomotrice. L'ophtalmoplégie interne, par contre, guérit le plus souvent sans être suivie d'une affection systématisée; elle peut néanmoins apparaître au début de la paralysie générale.

Une ophtalmoplégie interne peut laisser subsister une pupille dilatée, immobile à la lumière et réagissant à la convergence, alors que l'accommodation s'est rétablie. Dans ces conditions, les commémoratifs seuls pourront donner au symptôme sa vraie signification.

Nous étions à nous demander si ces deux cas d'ophtalmoplégie interne, survenus presque en même temps, étaient des exceptions rares ou non, lorsque le Dr Brocq nous proposa d'examiner les yeux et les réactions pupillaires d'un grand nombre de malades de l'hôpital Broca, proposition que nous acceptâmes avec empressement. Le résultat de nos recherches fut absolument contraire à notre

attente. Sur une centaine de malades examinés nous n'avons pas constaté une seule ophtalmoplégie spécifique. La seule ophtalmoplégie trouvée se rattache nettement à une affection purulente de l'oreille, consécutive à l'influenza, et s'est terminée avant l'apparition de l'accident primitif par une paralysie de la VI[e] paire gauche. Par contre, un certain nombre de malades présentent une altération des réflexes pupillaires différente de l'ophtalmoplégie intérieure en ce que l'accommodation a toujours été trouvée intacte.

L'examen des réflexes pupillaires, si simple en apparence, devient fort délicat quand il s'agit d'apprécier des différences quantitatives. L'absence absolue de réaction à la lumière dans le symptôme d'Argyll Roberston est un symptôme bien net, bien tranché, ne donnant lieu à aucun doute, à aucune hésitation. Il n'en est pas ainsi pour le symptôme suivant. Quand on réfléchit à l'aide de l'ophtalmoscope, dans l'œil du sujet placé dans une chambre noire, la lumière d'une lampe dont l'éclat égale 10 bougies-mètres on obtient une réaction pupillaire vive et ample; or, parmi les malades examinées, quelques-unes ne donnèrent dans ces circonstances qu'une réaction médiocre, et quelques pupilles restèrent immobiles. Mais placées à la lumière du jour, en face d'un nuage blanc, ces mêmes pupilles réagirent au moment où l'observateur retira la main couvrant l'œil observé. Où est ici la limite entre l'état normal et l'état anormal? Nous avons souvent hésité à nous prononcer et nous avons opiné pour l'état normal chaque fois que les symptômes n'étaient pas très tranchés.

Presque dans tous les cas que nous avons examinés la réaction pupillaire qui suit la fixation de près était conservée. Ceci peut être cause d'erreurs. Quand l'observé, privé de réaction pupillaire à la lumière, fixe l'ophtalmoscope au moment où celui-ci réfléchit la lumière vers le centre de sa rétine, le réflexe de fixation de près peut simuler un réflexe pupillaire à la lumière.

Dans tous nos examens l'amplitude de l'accommodation a été mesurée exactement et comparée à l'âge et à la réfraction des malades. La diminution de la contraction pupillaire a été établie par de nombreuses comparaisons; sa réapparition complète nous a prouvé, dans plusieurs cas, qu'il ne s'agit pas d'une particularité individuelle, ainsi que les belles recherches de M. Babinski le faisaient prévoir. Pour ne pas compliquer les examens, nous avons laissé de côté le réflexe consensuel à la lumière.

Nos examens permirent de constater qu'un certain nombre de syphilitiques présentent, à l'époque de la pleine évolution de leur maladie, un amoindrissement prononcé du réflexe pupillaire photomoteur, tandis que la réaction pupillaire qui accompagne la fixation de près ainsi que l'accommodation sont intactes. Cet amoindrissement est passager; il se développe lentement et disparaît de même; sa durée

est de cinq semaines environ. A l'encontre de ce qu'on voit chez les ataxiques, le diamètre pupillaire moyen n'est pas changé, ou bien les pupilles sont plus larges qu'à l'ordinaire, sans être franchement dilatées dans la grande majorité des cas.

53 malades ont été suivies assez longtemps pour nous permettre de nous former un jugement exact sur l'état de leurs réactions pupillaires; 36 ne présentent aucune anomalie bien marquée de la réaction pupillaire. Chez 2, les pupilles réagissent passablement à la lumière, bien à la convergence. Dans un troisième groupe composé de 8 malades, cette dissociation est plus prononcée ; ils ont donné lieu aux remarques suivantes :

1er cas. — Les pupilles réagissent médiocrement à la lumière et très bien à la convergence. L'accommodation et l'acuité visuelle sont normales.

2e cas. — Les pupilles se dilatent très peu quand l'œil est ouvert, néanmoins elles réagissent *faiblement* à la lumière. La réaction à la convergence est conservée (signe d'Argyll Robertson incomplet). Légère névrite optique double avec vaisseaux rétiniens étroits. Acuité visuelle 5/6. Accommodation normale.

3e cas. — 3 mai. Les pupilles réagissent *faiblement* à la lumière, mais réagissent à l'accommodation. Légers troubles diffus des parties postérieures du corps vitré de l'œil gauche. Acuité visuelle 5/6 des deux yeux. Accommodation normale.

Le 25 mai. Les pupilles réagissent bien à la lumière. Le trouble du corps vitré est en voie de disparition.

4e cas. — La pupille droite ne réagit que très peu à la lumière (tout juste perceptible). La pupille gauche réagit passablement à la lumière (contraction non douteuse). Le diamètre de la pupille gauche est un peu plus grand que celui de la pupille droite. Légère hyperhémie veineuse des deux rétines. Les deux pupilles réagissent *très bien* à la convergence. Acuité visuelle 5/5. Accommodation normale.

5e cas. — Les pupilles réagissent à la lumière, mais la réaction est lente et de peu d'étendue. La réaction à la convergence est normale. Les milieux réfringents sont normaux. Névrite optique double légère (papille couleur braise). Acuité visuelle 5/10. Accommodation normale.

6e cas. — Réaction pupillaire lente et faible à la lumière, bonne à la convergence. Membranes profondes et milieux réfringents normaux. Acuité visuelle 5/5. Accommodation normale.

7e cas. — Les pupilles réagissent promptement à la convergence, mais lentement et peu à la lumière. Membranes profondes normales. Acuité visuelle 5/5. Accommodation normale.

8e cas. — Les pupilles ne réagissent que très faiblement, d'une façon à peine perceptible à la lumière ; la réaction à la convergence est bonne. Acuité visuelle et accommodation normales.

Ici nous trouvons partout un affaiblissement marqué de la réaction pupillaire à la lumière ; le rétrécissement pupillaire qui

accompagne la fixation de près est, par contre, intact chez les 8 malades, et l'amplitude de l'accommodation correspond à leur âge. Le diamètre pupillaire est moyen ou légèrement agrandi. La même dissociation de la réaction pupillaire se trouve chez deux autres malades, avec cette différence que les pupilles sont franchement dilatées et que la réaction à la lumière est complètement abolie.

9e CAS. — 3 mai. Les deux pupilles sont très dilatées. La droite réagit très peu à la lumière ; la gauche n'y réagit point. Les deux pupilles réagissent très bien à la convergence. Milieux réfringents et membranes profondes normaux. Acuité visuelle et accommodation normales.

Le 23. Dans le regard dirigé au loin, le diamètre pupillaire est de 8 à 10 millimètres et les pupilles ne réagissent nullement à la lumière. Quand la malade converge, les pupilles réagissent promptement et présentent alors un diamètre de 3 à 4 millimètres pour une convergence de 15 centimètres. L'accommodation est intacte. Emmétropie. Acuité visuelle normale. Les membranes profondes sont normales ainsi que les milieux réfringents. La malade nous dit que depuis un mois la lumière la gêne et lui fait fermer les yeux. Elle voit alors comme un brouillard.

Le 8 juin. Fait avec la lampe, l'examen de la réaction pupillaire donne toujours le résultat exposé plus haut. Quand la malade dirige le regard vers un nuage clair, les pupilles réagissent promptement à la lumière. La malade ne présente aucun stigmate d'hystérie.

10e CAS.— Une malade âgé de 21 ans, chez laquelle l'apparition de l'accident primitif remonte à trois mois, présente une abolition presque complète des réflexes pupillaires. L'observation dit à ce sujet :

Les deux pupilles réagissent à la lumière mais le resserrement est de très peu d'étendue et la pupille revient immédiatement au diamètre qu'elle a pendant l'obscurcissement, 10 millimètres environ. La réaction à la convergence est à peine perceptible. Les membranes profondes et les milieux réfringents sont normaux. Pas de stigmates d'hystérie (?). Accommodation normale. Acuité visuelle normale.

Le cas le plus curieux est constitué par l'anomalie des réactions pupillaires constatée chez le n° 36 de la salle Vitalis. Il constitue la contre-partie du signe d'Argyll Robertson : abolition du rétrécissement pupillaire qui accompagne la fixation à courte distance et conservation du réflexe pupillaire à la lumière. Nous lisons dans l'observation :

Les pupilles réagissent bien à la lumière, mais très peu à la convergence. La réaction à la convergence est à peine perceptible et la plupart du temps on ne peut remarquer aucun changement du diamètre pupillaire quand le regard passe de la fixation au loin à la fixation de près.

Chez une malade enfin, il y a une absence complète de réaction pupillaire, ses yeux étant du reste complètement normaux.

Chez 3 malades, l'état des réflexes pupillaires n'a pas été noté à

cause d'affections organiques du globe, à savoir : des iritis chez les deux premières et une ancienne perforation double de la cornée chez la troisième.

Sur 53 malades, 14 présentent donc des anomalies de la réaction pupillaire. Ces anomalies sont essentielles, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas causées par une anomalie de l'appareil percepteur de la lumière. Elles doivent donc être attribuées à une lésion de la partie motrice de l'arc péristaltique qui donne lieu au resserrement pupillaire qui survient sous l'influence de la lumière et sous l'influence de la fixation à courte distance. L'acuité visuelle et par cela même la perception lumineuse ainsi que les membranes profondes sont normales chez toutes nos malades, ou ne présentent que des altérations fort légères qui ne peuvent être mises en cause pour expliquer une anomalie des réflexes pupillaires.

Le caractère commun des altérations observées est la dissociation. Chez 12 malades sur 14, la réaction pupillaire à la lumière est affaiblie ou abolie, tandis que la réaction à la convergence est conservée. Cette dissociation est caractéristique du symptôme d'Argyll Robertson ; mais tandis que chez les tabétiques, où ce symptôme s'observe de préférence, les pupilles sont presque sans exception très étroites, nous trouvons chez nos malades des pupilles de diamètre moyen ou des pupilles franchement dilatées. Chez une malade, les pupilles ne réagissent ni à la lumière ni à la convergence, et chez une autre, la dissociation est en sens inverse du signe d'Argyll Robertson ; chez elle, la réaction à la lumière est conservée tandis que la réaction à la convergence est abolie.

L'accommodation est normale chez toutes nos malades. Cette dissociation nette et constante sépare nettement de l'ophtalmoplégie interne les troubles observés. Elle nous explique comment ces symptômes pupillaires ont pu passer inaperçus. L'affaiblissement de l'accommodation qui s'associe dans l'ophtalmoplégie intérieure à la pupilloplégie produit un trouble visuel qui amène promptement les malades chez le spécialiste. Par contre, les troubles pupillaires isolés passent inaperçus pour le malade ou ne produisent aucune diminution de l'acuité visuelle. C'est sans doute pour cette raison que les troubles pupillaires isolés, bien plus fréquents selon nos constatations que l'ophtalmoplégie interne, ont échappé jusqu'ici à l'observation. Leur durée est en outre plus courte que ne l'est celle de l'ophtalmoplégie interne; chez plusieurs malades où nous avons vu apparaître et disparaître le symptôme qui nous occupe, le tout s'est passé dans l'espace de quatre à six semaines.

Les 14 malades sont des jeunes femmes au début de l'évolution de la syphilis. Nous avons dû renoncer à établir la chronologie exacte de chaque cas, mais nous ne croyons pas nous tromper de beaucoup en

admettant que les troubles pupillaires observés appartiennent à la première année de la maladie, le plus souvent au troisième mois qui suit l'accident primitif. Chez toutes les malades, ils coïncident avec des accidents cutanés et muqueux florides, mais nous ne les avons jamais trouvés associés à d'autres accidents nerveux que les trois exemples d'altérations rétiniennes très légères relatés dans les observations reproduites. Il ne semble pas que les malades atteintes d'anomalies pupillaires souffrent d'une forme grave de l'infection spécifique. Le contraire semblerait être le cas.

Il serait très intéressant de connaître l'évolution ultérieure de ces troubles pupillaires. Le retour de la réaction normale est-il définitif ? Ces malades présenteront-elles ultérieurement le signe d'Argyll Robertson et d'autres symptômes de l'ataxie locomotrice ? Nous ne possédons aucune observation qui nous permettrait de décider cette question en faveur de l'une ou de l'autre de ces deux éventualités. A en juger d'après des analogies, elles sont toutes les deux également probables. D'un côté nous savons que le tabes céphalique débute quelquefois par des paralysies musculaires intéressant les troisième, quatrième et sixième paires crâniennes ; ces paralysies guérissent parfaitement en apparence et peuvent rester telles pendant des années, mais un jour il apparaît une paralysie définitive suivie de près ou de loin d'autres symptômes tabétiques que le signe de Robertson faisait prévoir depuis longtemps. D'un autre côté, nous connaissons des malades guéris depuis vingt ans d'ophtalmoplégies syphilitiques et qui ne présentent aucun symptôme d'ataxie locomotrice.

Le fait à retenir est que la partie motrice de l'arc péristaltique qui produit le réflexe pupillaire peut être altérée dans la première année qui suit l'accident spécifique primitif et que cette altération se manifeste par une dissociation du réflexe pupillaire ; c'est le plus souvent la réaction à la lumière, le réflexe photomoteur qui est affaibli ou aboli, tandis que la réaction à la convergence, le réflexe associé, persiste. Dans un cas, il est vrai, la pupille dilatée est immobile, il y a une pupilloplégie ; cet état ne se distingue de l'ophtalmoplégie interne que par l'intégrité de l'accommodation. Dans un cas, finalement, la dissociation est en sens inverse : abolition de la contraction pupillaire qui se produit quand l'œil fixe à une petite distance, conservation de la réaction pupillaire à la lumière.

BIBLIOGRAPHIE

Babinski et Charpentier. — De l'abolition des réflexes pupillaires dans ses relations avec la syphilis. *Ann. de dermatologie et de syphiligraphie*, juillet 1899, p. 676.

Bernheimer. — L'arc péristaltique du réflexe pupillaire. *Soc. ophtalmologique d'Heidelberg*, session annuelle 1898 ; *Ann. d'ocul.*, t. CXX, p. 211.

BRAUNSTEIN. — *Zur Lehre von der Innervation der Pupillenbennegung.* Wiesbaden, 194.

CHARCOT. — *Leçons sur les maladies nerveuses*, t. I.

CHARPENTIER. — Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis *Thèse de Paris*, 1899.

DUCHENNE (de Boulogne). — De l'ataxie locomotrice progressive. *Arch. gén. de méd.*, 1858.

FRAENKEL. — Étude sur l'inégalité pupillaire dans les maladies et chez les personnes saines. *Revue de chirurgie*, oct. 1897 et févr. 1898.

MENDEL. — Immobilité pupillaire par action réflexe. *Soc. de méd. de Berlin*, 6 nov. 1889.

ROBERTSON (ARGYLL). — Les symptômes oculaires dans les affections spinales. *Ann. d'ocul.*, t. LXIII, p. 114, 1870.

ROBERTSON (ARGYLL). — Quatre cas de myosis spinal. *Ann. d'ocul.*, t. LXIV, p. 25.

TURNER. — La valeur de la perte du réflexe photomoteur de la pupille avec une note sur le groupe musculaire oculo-facial. *London ophthalmic Hospital Reports*, 1892.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 7 MARS 1901

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal. — Molluscum contagiosum du cuir chevelu ; traitement par la teinture d'iode, par MM. Balzer et Alquier. (Discussion : MM. Hallopeau, Barthélemy.) — Sycosis pubien et suppurations génitales (pyodermites eczématiformes et uréthro-vaginites), par MM. Baudouin et Gastou. (Discussion : MM. Hallopeau, Gastou.) — Guérison d'une plaque de psoriasis résistant à l'huile de cade, par la traumaticine pure, par M. Hallopeau. (Discussion : MM. Barthélemy, Besnier, Moty.) — Cicatrisation rapide de larges et nombreuses ulcérations lupiques du visage et des membres sous l'influence d'un érysipèle limité à la face, par M. Hallopeau. (Discussion : MM. Gaucher, Hallopeau, Renault, Barthélemy, Veyrières, Besnier, Du Castel.) — Traitement des tuberculoses cutanées par les applications locales de permanganate de potasse, par MM. Hallopeau et Lemierre. (Discussion : MM. Darier, Hallopeau.) — Sur différentes formes de poussées lépreuses, par MM. Hallopeau Fouquet. — Ulcérations du sein consécutives à l'emploi des rayons X, par M. Du Castel. (Discussion : M. Barthélemy.) — Épithélioma du gland, par M. Du Castel. (Discussion : MM. Hallopeau, Du Castel et Darier.) — Leucoplasie linguale d'origine syphilitique conceptionnelle, par MM. Gaucher et Barbe. (Discussion : MM. Barthélemy, Besnier.) — Ulcères gabonais, par MM. Gaucher et H. Bernard. (Discussion : MM. Hudelo, Moty, Barbe, Gaucher, Bastian.) — Éruption bromoformique, par MM. Gaucher et H. Bernard. (Discussion : MM. Barthélemy, Jacquet.) — Petite tumeur de la lèvre simulant le bothriomycome, par MM. Balzer et Alquier. (Discussion : M. Barbe.) — Alopécie peladoïde ou peladique chez un syphilitique, par M. A. Renault. (Discussion : MM. Jacquet, Sabouraud, Barthélemy.) — Atrophie syphilitique des nerfs optiques avec endartérites, par M. Galezowski. — Formule urinaire des dermatoses, par M. Gastou. — Troubles du chimisme sanguin et urinaire dans la pelade, par MM. Jacquet et Portes. (Discussion : MM. Baudouin, Sabouraud, Barthélemy Jacquet.) — Sur un cas de neuro-fibromatose avec scoliose, par M. Audry.

Ouvrages offerts à la Société.

E. Gaucher et E. Sergent. — Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie buccale. Extr. : *Arch. de méd. expérim. et anat. pathol.*, 1900.

Hügel. — Mittheilungen aus der dermatologischen Klinik der Universität Strassburg. (Prof. A. Wolff). Extr. : *München. med. Wochenschr.*, 1900.

Hügel u. Holzhauser. — Mittheilungen über Syphilisimpfungen auf Thiere. Extr. : *Arch. f. Dermatol.*, 1901.

Piccardi. — Adenoma sebaceo e neo sebaceo. Extr. : *Giornale italiano delle malattie veneree*, 1900.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Molluscum contagiosum du cuir chevelu ; traitement par la teinture d'iode.

Par MM. BALZER et ALQUIER.

En présentant le moulage exécuté par M. Baretta, du malade que nous avons présenté dans la dernière séance, nous devons donner quelques détails au sujet du traitement que nous lui avons fait suivre.

Nous avons d'abord voulu essayer de l'ablation des tumeurs par la curette tranchante. Nous y avons renoncé un peu à cause des douleurs assez vives éprouvées par le malade, et aussi dans le but d'essayer le traitement par la teinture d'iode, préconisé par M. Hallopeau (1). Nous avons procédé de la façon suivante : à l'aide d'une allumette taillée en pointe, on introduit la teinture d'iode dans l'orifice de chaque molluscum en enfonçant un peu la pointe dans le tissu, et cela dans diverses directions, si la tumeur est volumineuse. La teinture d'iode imprègne aussitôt la tumeur, et on répète la manœuvre plusieurs fois, si on le juge nécessaire. Nous l'avons enseignée à la femme de notre malade, qui la répétait tous les matins.

La teinture d'iode dessèche la tumeur qui devient dure et se détache bientôt avec l'épiderme voisin. On voit nettement à sa place une petite cupule qui s'enfonce plus ou moins profondément dans la peau, et qui est quelquefois cloisonnée pour les tumeurs volumineuses. Avec celles-ci, pour aller plus vite, on peut employer la curette pour extraire la masse imprégnée d'iode. On y arrive facilement et sans faire saigner.

En résumé, ce procédé nous a paru entièrement pratique et exempt de tout inconvénient pour le malade. Pour notre cas, le traitement a exigé une quinzaine de jours, ce qui n'est pas long, vu le nombre et la grosseur des tumeurs.

M. BARTHÉLEMY. — Je demanderai à M. Balzer s'il a déjà appliqué cette méthode de traitement en d'autres régions qu'à la face ou qu'au crâne. Il y a des régions, en effet, où les parasites végètent péniblement et d'autres où ils prospèrent et résistent fortement. C'est ainsi que je pense qu'aux faces internes des cuisses, aux organes génitaux de la femme et aux plis génito-cruraux, les molluscums sont plus difficiles à guérir. Le raclage même, à cause de la finesse de la peau qui est molle et ne résiste pas, à cause de l'incrustation profonde de l'îlot parasitaire, le raclage même ne réussit pas souvent ; et il faut, pour arrêter le développement de la lésion et sa pullulation, pratiquer l'excision et la cautérisation avec la pointe très acérée du crayon de nitrate d'argent; comme cela seulement, j'évite les récidives et j'obtiens une guérison rapide. J'emploie beaucoup la teinture

(1) HALLOPEAU et LEREDDE. *Traité prat. de dermatologie*, 1900, page 316.

d'iode; je suis un iodophile; je m'en sers contre l'intertrigo, l'érythrasma, les piqûres ortiées de puces, de punaises, et autres parasites pour enlever le prurit, surtout dans la dermite, suite de gale, après la frotte, même à l'état aigu, contre les furoncles, les folliculites, etc.; l'iode réussit dans tout cela, mais je l'ai toujours vu échouer à Saint-Lazare, chez la femme, dans les régions que j'ai dites, contre le molluscum. Il est vrai que je n'ai pas fait pénétrer l'iode dans le globe parasitaire, n'ayant fait que l'appliquer avec insistance au moyen de la pointe d'une allumette entourée d'une mince couche d'ouate.

M. Hallopeau. — J'emploie depuis longtemps ce procédé de traitement du molluscum; il m'a toujours donné les mêmes résultats favorables, quel que fût le siège des lésions. Je presse sur la tumeur pour la vider, avant d'y introduire l'allumette imprégnée de teinture d'iode.

Sycosis pubien et suppurations génitales (Pyodermites eczématiformes et uréthro-vaginites).

Par MM. Baudouin et Gastou.

Nous avons cru intéressant d'attirer l'attention de la Société sur la coexistence fréquente des pyodermites eczématiformes périgénitales, avec des suppurations uréthrales ou uréthro-vaginales desquelles elles semblent dépendre.

L'histoire clinique et l'examen bactériologique des cas que nous présentons montre, d'une part, l'apparition simultanée ou successive de l'uréthrite et de la pyodermite et, d'autre part, l'existence de mêmes espèces microbiennes dans l'urèthre ou le vagin et les lésions cutanées, folliculites ou squames.

Observation I. — A..., 23 ans, a eu sa première chaude-pisse il y a quatre ans; elle a duré plusieurs mois. 2 récidives, la dernière a été suivie des accidents cutanés pour lesquels il vient à Saint-Louis.

L'affection a débuté il y a près de deux ans, par le tiers supérieur de la face interne de la cuisse gauche. Il y a eu, dit le malade, d'abord un « bouton qui jetait » ; à côté de ce premier bouton en sont venus d'autres et très rapidement l'extension s'est faite, gagnant le haut de la cuisse gauche, puis la cuisse droite et enfin le pubis. Le malade dit lui-même que le grattage a joué un grand rôle dans l'extension des « boutons ». Chaque fois qu'il se grattait, il s'écorchait et de nouveaux boutons se produisaient, tandis que les parties anciennement malades suintaient et se recouvraient de croûtes minces.

Malgré les traitements suivis, l'affection s'est étendue. Il n'existe plus au niveau de l'urèthre d'écoulement apparent, mais un suintement qui varie d'un jour à l'autre.

État actuel. — La face interne des deux cuisses dans leur tiers supérieur est couverte de placards eczématisés formés d'un fond érythémateux, excorié et saignant, sur lequel reposent des croûtes, des croûtelles et de

nombreux éléments de folliculites suppurées. Sur le pubis, ce sont surtout les folliculites qui prédominent; la peau est rouge, indurée, tendue, douloureuse ; par places, le pus s'étale en croûtes. Les poils centrent les folliculites, ils ne sont pas tombés et tiennent encore suffisamment. A la périphérie des placards cruraux et pubiens des éléments papuleux et papulo-pustuleux créent une zone d'extension, véritable avant-garde, que le malade ouvre par le grattage et dont il facilite la dissémination. Quelques éléments papulo-pustuleux existent sur la verge qui est œdématiée ainsi que les bourses. Léger degré de phimosis, méat rouge et gonflé ; la pression du canal faite d'arrière en avant ramène un exsudat séreux.

Examen bactériologique. — Canal de l'urèthre. — Leucocytes et fibrine. Le nombre des espèces microbiennes est considérable : bâtonnets et bacilles fins, microcoques, diplocoques, spirilles. Parmi les diplocoques, on rencontre des éléments ayant la forme du gonocoque, mais les uns ne prennent pas le Gram, tandis que les autres le prennent.

Folliculites et squames. — Leucocytes ; microbes rares : l'espèce seule trouvée est un diplocoque identique au gonocoque et prenant le Gram : pseudo-gonocoque. Même espèce que dans l'urèthre.

Obs. II. — P. A..., 18 ans. Écoulement uréthral il y a trois mois, actuellement guéri. Par une pression d'arrière en avant, on obtient une légère humidité du méat. Éruption lichénoïde d'aspect sur les cuisses et le pubis, léger suintement près du pli inguinal. Prurit modéré. L'éruption, actuellement très atténuée, est apparue sur les cuisses peu de temps après le début de l'écoulement.

Examen bactériologique. — Urèthre. — Leucocytes, surtout fibrine ; quelques bâtonnets ; éléments ovoïdes groupés en diplocoques et prenant le Gram (pseudo-gonocoque).

Sérosité au niveau des lésions crurales obtenue par le grattage des croûtelles : diplocoques analogues à ceux de l'urèthre et prenant le Gram.

Obs. III. — P..., 27 ans, nie tout écoulement antérieur, mais attire l'attention sur une sécrétion blanchâtre et visqueuse qu'il a depuis plusieurs mois et attribue à des pertes séminales. On obtient avec beaucoup de peine et par une pression prolongée du canal une faible quantité de cette sécrétion.

Tout le pubis est recouvert de papulo-pustules et de papulo-croûtelles, dont les unes sont excoriées et suintantes, dont les autres sont en voie de développement ou de régression : les lésions du pubis rappellent celles du sycosis de la barbe. Elles s'étendent peu aux parties voisines et c'est à peine si l'on rencontre sur les cuisses quelques papules. L'affection pubienne remonte à plusieurs années et ne s'est jamais modifiée malgré de nombreux traitements. La longue durée de la maladie a entraîné un épaississement scléreux des parties atteintes.

Examen bactériologique. — Urèthre. — Nombreuses cellules épithéliales ; quantité de microbes indéterminés ; bâtonnets, microcoques, mais surtout fin bacille formant des amas. Pas de gonocoque.

Folliculites. — Leucocytes, fibrine, débris de noyaux. Microcoques et diplocoques. Bacilles difficilement colorables, moins nets que ceux de l'urèthre.

La comparaison de ces 3 cas rapproche des faits cliniques et des observations bactériologiques identiques. L'un de nous a pu faire les mêmes constatations à plusieurs reprises dans le service de M. le Professeur Fournier, pour des cas analogues dont voici les photographies.

Il est une remarque très importante à faire, c'est que chez plusieurs malades il n'y avait jamais eu écoulement net, et cependant dans l'urèthre et dans le pus des folliculites existaient les mêmes parasites microbiens. Il faut aussi signaler que ce ne sont pas des écoulements gonococciques qui coexistent toujours avec ces pyodermites, mais des uréthrites microbiennes.

Que conclure de ces faits? Les lésions de la peau sont-elles sous la dépendance des lésions uréthrales, ou bien le même agent microbien est-il capable de produire à la fois la lésion uréthrale et l'altération cutanée? Quel est enfin le rôle du pseudo-gonocoque rencontré fréquemment et quels en sont la nature et l'origine? S'agit-il d'un gonocoque modifié dans ses caractères ou d'une espèce voisine?

Telles sont les questions intéressantes que nous semblent soulever les cas que nous avons cru devoir présenter devant la Société.

M. Hallopeau. — J'ai décrit ici même ces folliculites suppuratives des régions pubienne et inguinale et cherché à établir que ce sont des séborrhéides. Les recherches bactériologiques ne nous ont donné aucun résultat appréciable. J'ai observé de ces altérations chez des sujets qui n'étaient nullement suspects de blennorrhagie, par exemple chez des enfants.

M. Gastou. — Nous avons voulu insister principalement sur les relations de cette séborrhéide avec la présence d'un écoulement uréthral.

Guérison d'une plaque de psoriasis résistant à l'huile de cade par la traumaticine pure.

Par M. Hallopeau.

Nous avons signalé précédemment ce fait que chez, certains psoriasiques, le pansement par la vaseline pure suffit à faire disparaître les manifestations en quelques semaines.

Nous nous sommes demandé si cette action n'était pas due simplement à ce fait que ce topique met la plaque psoriasique à l'abri de tout contact avec l'air ambiant. Dans le but de vérifier cette hypothèse, nous avons traité localement plusieurs plaques de psoriasis par des applications, soit d'emplâtre de diachylon, soit de traumaticine, parallèlement avec un traitement cadique pour les altérations concomitantes : l'action des deux topiques a été manifeste ; au niveau des applications de diachylon, l'éruption a partiellement rétrocédé ; mais l'action de la traumaticine a été notablement plus efficace.

Nous en citons pour témoin le jeune enfant que nous avons l'honneur de vous présenter.

Henri Lec..., 12 ans.

Cet enfant est atteint d'un psoriasis dont le début remonte à six ans. La poussée, pour laquelle il revient à l'hôpital le 19 novembre 1900, date d'environ un an. L'éruption est disséminée sur toute la surface du corps sous forme de grandes plaques, isolées ou confluentes.

Le malade est soumis à un traitement à l'huile de cade; seule une plaque d'environ 10 centimètres de diamètre, située au-dessous du genou gauche, est traitée depuis le 5 janvier par la traumaticine pure.

Aujourd'hui 6 mars, l'éruption, qui s'est améliorée, persiste en de nombreux foyers : la partie, traitée par la traumaticine, est revenue à l'état normal.

Il s'agit d'un cas de psoriasis rebelle, car voici près de quatre mois qu'il est traité presque partout par l'huile de cade pure et il est loin d'être guéri : seule, la plaque soumise à l'action de la traumaticine peut être actuellement considérée comme ayant complètement disparu.

C'est là un fait intéressant aussi bien au point de vue théorique qu'au point de vue pratique.

Est-ce seulement, comme nous l'avons pensé, en mettant la partie à l'abri de l'air que la traumaticine a exercé cette action remarquable? Nous ne pouvons encore nous prononcer sur cette question que nous continuerons à étudier. Si nous étions conduit à répondre par l'affirmative, il faudrait en conclure que l'agent infectieux de cette dermatose est aérobie.

Au point de vue pratique, ce serait un progrès considérable d'arriver à guérir ainsi le psoriasis avec une médication qui ne laisse après elle aucune odeur mauvaise et qui ne salit pas les vêtements, et sans provoquer d'irritation cutanée comme le fait la chrysarobine; les ouvriers pourraient aller à leur travail sans être un objet de répugnance pour leurs camarades d'atelier; les employés de bureau ne seraient plus obligés de venir de temps à autre faire un séjour dans une maison de santé ou au pavillon Gabrielle pour y suivre un traitement d'apparence malpropre. Nous nous proposons de continuer l'étude de ces moyens thérapeutiques.

M. Barthélemy. — Je ferai remarquer que ce malade est atteint de psoriasis disséminé, superficiel ; ces taches sont petites et nombreuses et l'on sait que, dans cette forme, la disparition spontanée en un point d'une tache peut se faire aussi facilement que l'apparition, en un autre point, d'une nouvelle. Ce fait doit être spécifié puisque l'on sait combien sont parfois tenaces les plaques du genou et que, quand elles sont torpides, la traumaticine la plus chrysophanique ne suffit pas toujours à en triompher. Les moyens employés sont bien plus énergiques et pourtant ils échouent. On a notamment appliqué toutes sortes d'emplâtres en pansements occlusifs

prolongés parfois très longtemps, et les plaques n'en étaient guère modifiées. Certes la doctrine parasitaire du psoriasis n'a rien qui choque, surtout à un moment où l'on n'en propose aucune autre étiologie certaine ; mais je trouve insuffisant l'argument de la disparition d'une plaque sous l'action de la traumaticine simple pour affirmer d'une part que le psoriasis a une origine parasitaire et, d'autre part, que le dit parasite est anaérobie.

M. Besnier. — Le psoriasis présente, parfois, des alternatives d'amélioration et d'aggravation, qui se font sans raison apparente. Je me rappelle l'histoire d'un malade entré dans mon service à l'époque où j'étudiais l'effet des injections arsenicales sur cette affection. C'était un de mes clients atteint d'un psoriasis généralisé des plus intenses et des plus rebelles, et que j'avais décidé à entrer à l'hôpital dans le but de le soumettre à ces injections. Avant de pratiquer ces dernières, je soumettais préalablement tous mes malades au repos et à de simples frictions avec de l'axonge. Or, après dix jours de cette médication anodine, cet homme se trouva amélioré au point que l'éruption avait presque disparu.

M. Moty. — Je me déclare partisan de la théorie parasitaire du psoriasis. J'ai fait pendant une période de deux années des cultures en bouillon de sang de psoriasique recueilli directement dans une veine du pli du coude, et les cultures étaient généralement fertiles quand il s'agissait de psoriasis récents et d'une certaine intensité, mais les cultures secondaires échouaient. Une inoculation soigneuse faite sur moi-même avec une culture fraîche en bouillon a également échoué. L'un de ces psoriasiques avait présenté pendant quelques jours une température de un à deux degrés au-dessus de la normale.

Cicatrisation rapide de larges et nombreuses ulcérations lupiques du visage et des membres sous l'influence d'un érysipèle limité à la face.

Par M. Hallopeau.

Nous avons insisté plusieurs fois ici même sur l'influence décisive qu'exerce fréquemment un érysipèle intercurrent sur l'évolution d'un lupus. Partant de ces faits, nous avons soumis avec M. Roger pendant plusieurs mois divers lupiques à un traitement par les injections hypodermiques de toxines obtenues par la culture de streptocoques érysipélateux : nous en avons fait connaître les résultats, suffisants pour établir l'exactitude de l'idée théorique, mais trop lents et incomplets pour justifier l'emploi pratique de la méthode.

L'histoire de la malade que nous avons l'honneur de vous présenter vient démontrer de nouveau l'action qu'exercent sur le contage de la tuberculose les toxines érysipélateuses.

Angèle C..., âgée de 19 ans, entrée en décembre 1899, salle Lugol, lit nº 3.

Sa mère morte tuberculeuse à 38 ans.

Le lupus a débuté, il y a deux ans, par le lobule du nez, puis s'est étendu progressivement à toute cette région, ainsi qu'à la joue du côté gauche.

Le bras a été envahi il y a environ un an, et la jambe il y a quatre mois.

A son entrée à l'hôpital, la malade avait le nez et le milieu de la joue gauche couverts de croûtes; elle présentait, en outre, sur le membre supérieur gauche, des altérations multiples : c'étaient de vastes surfaces circulaires, elliptiques ou polycycliques, en partie cicatrisées, en partie ulcérées, entourées par un bord ulcéreux mesurant de 6 à 20 millimètres de diamètre; les ulcérations intéressaient profondément le derme.

On comptait 11 de ces plaques dont les plus grandes atteignaient 15 centimètres de longueur.

Au niveau de la jambe gauche, les ulcérations étaient plus profondes, adhérentes à l'os; la peau, intéressée secondairement, était envahie à leur périphérie par la tuberculose, sur une surface de 3 à 4 centimètres. Au gros orteil, on voyait également une plaque lupique avec ulcérations serpigineuses à la périphérie.

Vers le 20 janvier, la malade contracte un érysipèle de la face qui débute par le pourtour de l'ulcération de la joue gauche, intéresse toute la tête, et descend sur la nuque.

La réaction fébrile est intense et dépasse 40°; elle persiste pendant quinze jours.

Dans les jours qui suivent la défervescence, les ulcérations entrent en voie de cicatrisation avec une étonnante rapidité; en quelques jours, celles de la face et du membre supérieur disparaissent presque complètement.

Il n'y a eu d'autre traitement local que l'application de compresses de sublimé à 1 p. 5,000.

Les tubercules saillants qui limitaient les plaques éruptives se sont affaissés.

Actuellement, il n'y a plus au niveau de l'avant-bras qu'une seule ulcération, de petites dimensions; cependant, au pourtour d'une des plaques, depuis quelques jours, quelques petites ulcérations nouvelles se sont produites.

Au niveau de la jambe, les ulcérations se sont cicatrisées en grande partie. La tuberculose a rétrocédé au niveau de la peau; il ne reste que les lésions correspondant aux surfaces osseuses sous-jacentes, encore sont-elles bourgeonnantes.

Au pied, il n'y a plus trace d'ulcération.

En résumé, la maladie est loin d'être éteinte : il persiste des nodules lupiques dans les aires cicatricielles et à leur périphérie; mais ces éléments sont affaissés, et en somme l'amélioration est des plus remarquables.

Dans les faits cliniques publiés jusqu'ici, il ne s'était agi que de lupus de la face améliorés ou guéris par des érysipèles intercurrents de cette même région. Nous venons de voir qu'il en a été tout autrement chez cette jeune fille : *l'érysipèle est resté limité à la tête et son action bienfaisante s'est fait sentir sur les plaques nombreuses et étendues des membres.*

La seule interprétation plausible de ces faits est l'action des toxines engendrées dans la peau du visage par les streptocoques érysipélateux sur les bacilles tuberculeux cantonnés dans les membres, ou de l'hyperthermie prolongée.

Nous ferons remarquer que la réaction fébrile a été intense et de longue durée, peut-être l'hyperthermie à elle seule peut-elle rendre compte des cicatrisations ?

Nous devons nous demander pourquoi nous n'avons pas obtenu des résultats aussi satisfaisants dans nos recherches avec M. H. Roger sur l'action des cultures érysipélateuses. C'est sans doute que la préparation de cette toxine dans le laboratoire ne peut encore être considérée comme identique à celle qui se produit dans l'organisme humain sous l'influence d'un érysipèle intense; c'est surtout parce que, chez aucun de nos malades nous n'avons employé, d'une manière continue, des doses assez fortes pour maintenir pendant quinze jours la température aux environs de 40°.

On peut conclure de ces faits que l'emploi de la séro-thérapie dans le traitement du lupus n'a pas encore dit son dernier mot. *Ajoutons que cette action à distance de l'érysipèle sur le lupus conduit à se demander si elle ne pourrait pas s'exercer également sur les tuberculoses viscérales et s'il n'y aurait pas lieu de chercher à traiter la phtisie pulmonaire par l'injection de cultures streptococciques.*

M. Gaucher. — L'action curative des affections surajoutées sur le lupus est bien connue. D'autres affections que l'érysipèle peuvent guérir le lupus. Chez une jeune fille atteinte d'un lupus rebelle de la face ayant envahi la conjonctive, j'ai vu la variole guérir totalement la lésion de la conjonctive et améliorer considérablement celle de la face. Mon maître Hillairet plaçait intentionnellement les érysipélateux au milieu des lupiques ; j'ai même essayé, sur son ordre, quand j'étais son interne, en 1879, de produire l'érysipèle chez les lupiques en leur inoculant la sérosité provenant de phlyctènes érysipélateuses, mais ces tentatives d'inoculation échouèrent.

M. Hallopeau. — L'action favorable d'un érysipèle de la face sur un lupus de cette région est en effet bien connue; mais on ignorait qu'un érysipèle de la face pût guérir un lupus des membres.

M. Renault. — L'action curative de l'érysipèle sur certaines affections cutanées est très intéressante, mais elle est loin d'être constante. Récemment, un de mes malades atteint d'une éruption papuleuse syphilitique secondaire, contracta un érysipèle ; son éruption n'en a été nullement modifiée.

M. Barthélemy. — L'érysipèle a une action curative sur le lupus, mais il n'est pas sans danger. Je l'ai vu déterminer la mort, au moins dans un cas.

M. Veyrières. — Je me rappelle avoir observé à l'hôpital Saint-Louis une épidémie d'érysipèle chez sept malades soignés pour des lupus. Aucun de ces malades n'a guéri du lupus, mais l'un d'eux a succombé à l'érysipèle.

M. Besnier. — Il faudrait avoir suivi les malades pendant longtemps pour affirmer que la guérison d'un lupus est définitive. Pour ma part, je n'ai pas observé un seul cas de guérison absolue à la suite d'érysipèle, quelque grave que fût ce dernier ; et je ne me suis jamais cru autorisé à chercher un moyen curatif dans une infection aussi dangereuse.

M. Gaucher. — Je ne conseille certes pas de renouveler les tentatives que j'ai faites, à contre-cœur et sur les ordres formels de mon maître Hillairet. Je dois ajouter que nous n'avons pas revu la malade atteinte de variole à laquelle j'ai fait allusion, de sorte que je ne sais pas si la guérison a été définitive.

M. Hallopeau. — Si la guérison n'est pas définitive, l'amélioration peut être de très longue durée. Voici par exemple une infirmière de mon service, qui a été guérie, il y a 12 ans, d'un lupus de la face à la suite d'un érysipèle. Ce n'est que tout dernièrement que la lésion a récidivé par places.

M. Du Castel. — M. Besnier pourrait-il dire approximativement dans quelle proportion on a observé ces cas d'amélioration du lupus par l'érysipèle ?

M. Besnier. — Il m'est impossible de fournir une *statistique*, même approximative.

Traitement des tuberculoses cutanées par les applications locales de permanganate de potasse.

Par MM. H. Hallopeau et Lemierre.

Dans une communication faite le 16 octobre à l'Académie de médecine M. Butte a fait connaître ce traitement, qu'il expérimente depuis 5 années.

Voici comment il procède : toute la partie atteinte de lupus est lavée, soit avec du savon à l'ichtyol, soit avec l'émulsion suivante : eau distillée 200 grammes, teinture de savon 50 grammes, teinture de benjoin 5 grammes, sublimé 30 centigrammes. Puis, on y applique quotidiennement, pendant dix ou quinze minutes, une compresse imbibée d'une solution tiède de permanganate de potasse à 2 p. 100. Au bout d'une dizaine de jours, on s'aperçoit déjà que les tubercules se sont recouverts d'une légère croûtelle noirâtre ; ils sont affaissés, ne présentent plus au toucher la sensation d'élevures ; ils paraissent atrophiés et le peu qui en reste a une consistance molle : dans les cas de lupus exedens, on voit se produire un commencement de cicatrisation.

Après ces dix jours, le traitement ne doit plus, d'après M. Butte,

être appliqué que tous les deux jours et cela pendant 2 ou 3 mois. Suivant lui, à ce moment, la peau est unie, on n'y sent plus généralement de tubercules, mais elle conserve de la rougeur et un aspect cicatriciel; le processus semble arrêté, mais les traces de la lésion restent. Si par hasard quelques tubercules réapparaissent, il suffit de faire pendant quelques jours de nouvelles applications de permanganate pour les voir s'affaisser. M. Butte dit avoir obtenu 15 fois sur 16 d'excellents et prompts résultats.

En 1899, Kaczanowski a employé le même médicament sous la forme de poudre appliquée également pendant un quart d'heure chaque jour et dit en avoir obtenu les meilleurs effets.

Nous avons expérimenté depuis la fin du mois d'octobre ces deux médications chez la plupart de nos lupiques ; nous avons suivi le procédé indiqué par M. Butte, avec cette différence que nous avons continué pendant longtemps les applications quotidiennes au lieu de les espacer comme l'indique M. Butte.

D'autre part, lorsque nous avons vu les nodules tuberculeux persister malgré les applications de compresses imprégnées de la solution de permanganate, nous leur avons substitué le traitement local par cette même substance, à l'état de poudre : nous avons constaté que ce topique amenait rapidement une destruction superficielle de la partie sous-jacente et que l'ulcération lupique pouvait ainsi être transformée en une plaie simple et susceptible de guérir rapidement.

Les cinq malades que nous avons l'honneur de vous présenter sont ceux chez lesquels l'action de la médication a été la plus formelle.

Observation I. — Pauline Ch..., âgée de 25 ans, entre le 19 novembre 1900, salle Lugol, lit n° 1, pour un lupus de la face.

Le lupus a débuté en 1889 par le voile du palais et les fosses nasales. A l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Louis, le lupus a détruit la plus grande partie du nez. L'orifice des narines est oblitéré. Presque toute la face est envahie. En haut, la lésion s'étend jusqu'à la racine du nez. Latéralement, elle occupe les joues et arrive jusqu'à trois travers de doigt en avant des oreilles. La moitié interne de la paupière inférieure de chaque côté est envahie. En bas, toute la région sus-hyoïdienne est prise.

L'orifice buccal est déformé, très rétréci ; ses dimensions transversales sont à peine de 2 centimètres.

La lésion se présente sous l'aspect d'une tuméfaction rouge, œdémateuse, où se voient de nombreux nodules jaunâtres; il y a beaucoup de petites ulcérations suppurantes.

Sur la joue droite existent trois ulcérations superficielles. La plus inférieure occupe la région sus-hyoïdienne latérale. Au-dessus d'elle, sur la joue même, il en existe une seconde plus étendue, de 3 centimètres de largeur, sur 4 centimètres et demi de hauteur.

Enfin, au-dessous de la paupière inférieure, on en constate une troisième, un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes.

Sur la joue gauche, se trouve également une série d'ulcérations peu profondes, s'étendant de la région sus-hyoïdienne jusqu'à la paupière inférieure et occupant à peu près la limite externe de la région.

Depuis le 20 novembre 1900 jusqu'à la fin de février 1901, la malade a été traitée par une application quotidienne de compresses trempées dans une solution de permanganate de potasse au cinquantième. Sous l'influence de ce traitement, l'état du lupus s'est sensiblement modifié. Si la rougeur a été peu influencée par le permanganate, celui-ci a agi très efficacement sur les ulcérations. Les petites ulcérations multiples ont disparu. Les grandes ulcérations, formant à droite et à gauche la limite externe de la lésion, se sont assemblées peu à peu. Si l'on a vu reparaître des petites pertes de substance c'est sous l'influence d'applications plusieurs fois répétées de poudre de permanganate de potasse, elle serait certainement de courte durée.

Obs. II. — Marie Dul..., âgée de 17 ans, entre salle Lugol, lit n° 5, le 24 décembre 1900.

Cette malade est atteinte d'un lupus tuberculeux de l'aile droite du nez dont le début remonte au commencement de l'année 1898.

A son entrée dans le service, on constate que l'ulcération lupique est recouverte et masquée par une espèce de croûte noirâtre. Après la chute de cette croûte, on voit que cette ulcération est profonde. Elle a détruit tout le bord inférieur de l'aile du nez, sur une hauteur de près de 1 demi-centimètre. De plus, elle entame la surface externe de l'aile droite du nez sur une hauteur de plus de 1 centimètre. Le fond de l'ulcération est jaunâtre, anfractueux, parsemé de nodules.

La malade est traitée par des applications de compresses de permanganate, tantôt au cinquantième, tantôt au centième.

Très rapidement, l'ulcération s'est en partie comblée. Il ne persiste plus, à la fin de février 1901, qu'une petite zone ulcérée, bourgeonnante, longue de 1 centimètre et demi, haute de 3 millimètres environ. En résumé, les parties antérieure et postérieure du bord inférieur de l'aile du nez, de même que la surface externe de l'aile du nez, paraissent actuellement guéries, et il ne reste plus qu'une partie très minime de la lésion.

Obs. III. — Camille U..., âgée de 17 ans, entre le 16 février 1901, salle Lugol, pour un lupus érythémateux de la face et des mains.

Ce lupus érythémateux a débuté au niveau des oreilles, au milieu du mois de novembre 1900. Les autres plaques se sont montrées successivement sur les joues, puis sur le nez, sur les doigts et enfin au niveau des coudes.

A l'entrée de la malade dans le service, on constate, disséminés sur les oreilles, sur les joues et sur le nez, des placards arrondis dont les dimensions varient d'un demi-centimètre à un centimètre. Ces placards sont rouges, durs et saillants, un peu douloureux à la pression.

Sur la face dorsale et les faces latérales des doigts, des lésions lupiques présentant le même aspect. Elles sont nombreuses et chaque doigt en présente plusieurs. Quelques-unes envahissent même la face dorsale des mains.

Au niveau des coudes, des deux côtés, existent deux ou trois plaques ayant les mêmes caractères.

La malade est immédiatement traitée par des applications de compresses de permanganate de potasse au centième, ou au cinquantième.

Dès la première application, on a pu voir que les placards du visage se sont affaissés.

Actuellement, dans cette région, on ne sent plus aucune saillie, ni aucune induration. La teinte érythémateuse a disparu. Au niveau des mains, l'action du permanganate a été moins manifeste. Les saillies ont diminué, mais elles persistent encore actuellement, de même que la teinte érythémateuse.

Il en est de même au niveau des coudes.

Obs. IV. — Chez ce quatrième malade, atteint d'un lupus érythémateux invétéré, l'action du permanganate a également produit les effets les plus satisfaisants ; lorsqu'il est entré le 22 janvier au 51 de la salle Vidal, il s'était produit récemment une ulcération avec induration de la lèvre inférieure : au bout de vingt jours de traitement par les applications de compresses imprégnées de permanganate, la cicatrisation était complète ; en même temps le lupus persistant sur la moitié inférieure du nez a notablement pâli.

Obs. V. — Notre cinquième malade était atteint d'un lupus tuberculeux ulcéré du nez ; sous l'influence de permanganate employé successivement en solution et en poudre, il s'est cicatrisé.

Deux de ces faits prouvent que le lupus érythémateux peut être, comme le lupus vulgaire, influencé par cette médication.

Chez d'autres malades que nous avons soumis au même traitement, les lésions étaient déjà très améliorées antérieurement et le permanganate ne paraît pas avoir agi plus efficacement que les moyens employés jusque-là : chez d'autres, atteints de lupus non ulcérés, seul ou combiné secondairement avec des scarifications le traitement par le permanganate en solution n'a pas donné de résultats appréciables ; chez d'autres, enfin, l'action a été positive, mais incomplète, ou passagère, et suivie d'une repullulation rapide dès que le traitement a été abandonné. Nous sommes donc loin d'avoir une statistique aussi favorable que celle de M. Butte ; à côté de faits dans lesquels l'action du médicament a été des plus remarquables, et, on peut le dire, surprenante, il en est d'autres ou elle a été peu prononcée ou même nulle. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il n'y ait là une ressource thérapeutique non négligeable, même en présence des résultats que donne la photothérapie.

Nous ferons observer que cette dernière méthode de traitement, malgré son incontestable efficacité, est loin d'être à l'abri de tout reproche : elle ne peut agir qu'avec une lenteur réellement désespérante, chaque fois que l'on a affaire à un lupus d'une certaine étendue ; en pareils cas, les parties non traitées peuvent devenir le siège de repullulations alors que les rayons lumineux agissent activement dans leur voisinage. Voici une malade chez laquelle on peut voir en toute évidence

ces *desiderata:* en traitement depuis le mois d'août dernier dans le laboratoire municipal de Saint-Louis, elle y a subi 79 séances de photothérapie ; or, à côté de parties de son vaste lupus du visage qui se sont affaissées et sont en voie de guérison, il en est d'autres dont les éléments ont subi récemment une poussée aiguë. On voit donc qu'après 7 mois de traitement nous sommes bien loin de la guérison. Si donc nous trouvons dans les applications de permaganate, en solution au cinquantième pour les vastes ulcérations, en poudre pour les nodules isolés, des moyens de faire cicatriser en quelques semaines les ulcérations les plus étendues et rebelles, si nous obtenons l'affaissement des nodules saillants, nous aurons fait une cure d'attente qui pourra diminuer dans une mesure considérable la tâche de la photothérapie; pour notre part, nous nous proposons de continuer cette médication, alors même que nous serions en possession d'une installation photothérapique, quitte à y renoncer dans les cas qui semblent réfractaires.

M. Darier. — Les malades que vient de présenter M. Hallopeau sont en réalité disparates; les uns sont atteints de lupus érythémateux, les autres de lupus tuberculeux. Des lupus érythémateux, l'un appartient à la forme migratrice et le résultat du traitement n'est pas démonstratif; l'autre appartient à la forme fixe et ne semble pas très amélioré. Parmi les faits de lupus tuberculeux, l'un est un lupus exedens et on sait qu'ici les ulcérations peuvent être améliorées par des caustiques variés; c'est sans doute ainsi qu'il faut interpréter, dans ce cas, l'action du permanganate en poudre. Les autres ont été améliorés par le permanganate en solution ; mais je crois que ce pansement n'a agi que comme antiseptique. En somme, aucun de ces lupus n'est totalement guéri; les ulcérations sont simplement épidermisées comme elles auraient pu l'être par d'autres traitements.

M. Hallopeau. — Ces lupus sans doute ne sont pas guéris, mais aucun autre traitement ne les aurait améliorés d'une façon aussi surprenante.

Sur différentes formes de poussées lépreuses.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Nous avons actuellement dans nos salles 9 malades atteints de la lèpre; tous ont, à intervalles plus ou moins éloignés, des poussées aiguës. Il nous paraît intéressant d'en présenter à la Société les *différents types*. Comme lésions élémentaires, on peut observer des *infiltrations érythémateuses*, des *nodules intradermiques*, des *tubercules volumineux et saillants*, des *pustules*, des *bulles*, des *traînées lymphangitiques;* ajoutons que ces divers éléments peuvent coexister chez un même sujet.

Tantôt ces poussées ont des allures tout à fait torpides ; tantôt, au

contraire, elles se font avec fracas et s'accompagnent d'une réaction fébrile parfois très intense.

De tous nos malades, la jeune fille que nous vous montrons en premier lieu est celle chez laquelle la maladie présente les apparences les plus bénignes : les poussées consistent en la formation de *petits nodules intradermiques, très peu saillants, appréciables souvent au toucher plutôt qu'à la vue, se multipliant silencieusement* sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel ; ils siègent dans la continuité des membres et s'accompagnent de dyschromie ainsi que d'anesthésie.

Chez le numéro 86 de la salle Hardy, les poussées se font également sous forme de nodules, mais ceux-ci sont plus volumineux.

Sur la face dorsale de la main gauche, on mentionne une éruption récente de nodules indurés, d'un volume variant de celui d'une tête d'épingle à celui d'une grosse pastille : les uns sont isolés, les autres agminés. Ces nodules forment une saillie irrégulièrement triangulaire, dont les côtés mesurent 3 à 4 centimètres de longueur ; ils siègent en la partie profonde du derme ; ils glissent avec la peau sur les tissus sous-jacents. Insensibles à la pression, ils ne sont pas ulcérés.

On note les mêmes altérations sur la face de l'avant-bras droit ; leur couleur est d'un rouge pâle. Les mêmes groupes d'éléments existent au poignet droit. Il y a encore un amas récent au-dessous de l'hypothénar.

Sur le ventre, la poussée est constituée par des nodules miliaires polygonaux, simulant le lichen plan, les uns agminés, les autres confluents en groupes d'un rouge intense ; on en voit d'elliptiques, à bords saillants, à partie centrale déprimée.

Nous avons encore affaire ici à une forme relativement bénigne de la maladie ; les nodules sont, il est vrai, remarquables par leur *consistance, presque marmoréenne* pour certains d'entre eux, mais ils sont peu volumineux et n'ont aucune tendance à s'ulcérer. Nous devons dire que ces poussées se renouvellent fréquemment malgré une série de traitements intensifs, principalement par l'huile de chaulmoogra administrée, tantôt en injections, tantôt par la voie gastrique, et par le hoang-nan.

Chez le numéro 62 de la même salle, l'éruption prend un caractère plus grave, comme en témoigne la description suivante :

Le nommé Auguste C..., entré le 2 mars 1901, salle Hardy, lit n° 62, a contracté sa maladie il y a dix ans, en Nouvelle-Calédonie, dans des campements canaques.

Pendant très longtemps, il a eu seulement des infiltrations profondes de la peau avec plaques érythémateuses ou pigmentaires. Ces altérations persistent encore actuellement sur toute la surface du corps ; mais il s'est produit, en outre, des lésions plus graves. C'est ainsi que les os de la partie moyenne du nez se sont affaissés, et il en résulte un masque caractéristique.

Depuis un an, la maladie a changé d'aspect ; elle se traduit surtout par une production de tubercules cutanés.

Ces tubercules sont arrondis ou elliptiques ; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 50 centimes ; leur relief atteint, par places, 5 millim. ; leur surface est plane, légèrement convexe ; leur couleur, d'un rouge vif, leur consistance ferme, leur contour nettement limité : ils se détachent des parties saines comme le feraient d'énormes boutons de variole non ombiliqués.

Quelques-uns sont entourés d'une aréole érythémateuse ; ils sont disséminés sur la surface du corps, excepté le visage ; quelques-uns sont ombiliqués. Un petit nombre sont recouverts d'une croûtelle centrale. Par places, ils sont confluents ; il en est ainsi à la partie interne des cuisses. Il s'est produit, en outre, depuis quelque temps, une poussée d'éruptions bulleuses. Sur les doigts, qui se sont tumefiés, la peau est lisse et brillante.

La sensibilité y est profondément troublée : le malade rapporte aux orteils les piqûres de la jambe ; ces piqûres y sont perçues comme de simples contacts. Il y a également des troubles de la sensibilité thermique.

On voit que, chez ce malade, la poussée de tubercules est remarquable par le nombre et le volume considérable de ses éléments, ainsi que par leur abondance sur la surface du tronc et qu'il se fait, en outre, des poussées bulleuses. Chez le numéro 85 de la même salle, on observe également une éruption nodulaire disséminée et remarquable mais confluente dans la paume de la main droite où elle présente des caractères particuliers que nous allons indiquer ; il s'est fait, en outre, une éruption pustuleuse sur la voûte palatine ; sa description peut être résumée ainsi qu'il suit :

Mains. — La paume est couverte d'éléments arrondis, surélevés, durs au toucher ; leur surface plane, cornéenne, est lisse.

Ces éléments, dont les plus gros ont les dimensions d'une lentille, sont les uns isolés, les autres groupés par trois ou quatre.

Ils rappellent l'aspect d'une verrue qu'on a coupée à sa base avec un rasoir.

Chaque élément et chaque groupe d'éléments sont entourés de stratifications épidermiques, comme d'un bord feuilleté.

La base de ces éléments est dure, on ne peut les plisser entre les doigts ; la palpation en est sensible.

On note en outre à la paume une atrophie marquée des éminences thénar et hypothénar ainsi que des muscles interosseux et lombricaux.

Face dorsale. — A la palpation, on sent un grand nombre de nodosités qui, mobiles, roulent sous la peau, comme des petits plombs de chasse entre « cuir et chair ». La peau n'est pas hyperesthésiée, mais la pression de ces nodosités est douloureuse, à tel point que le malade, pour remonter sa montre, est obligé de protéger ses doigts d'une étoffe.

Il existe en outre un certain degré de gêne dans les mouvements des doigts : le malade les écarte difficilement les uns des autres ; leur flexion complète est difficile : le malade ne peut pas fermer le poing.

Membres inférieurs. — On y note une pigmentation de la peau généralisée, mais peu marquée.

Au niveau du tiers inférieur des jambes, la peau est épaissie, dure, inextensible. On ne peut la plisser.

Au niveau des pieds, on voit, sur le gros orteil, une ulcération à fond rosé, datant d'un an, n'ayant aucune tendance à la guérison.

A la face interne du mollet droit, il existe trois cicatrices qui résultent de l'ouverture de gommes, en 1897.

Bouche, voile du palais. — Lorsqu'on examine ces régions, on voit sur le voile du palais des nodosités et des ulcérations.

Les *nodosités*, petites, arrondies, comme celles du dos de la main, rappellent les grains de plomb. La muqueuse est pâle à leur niveau. Elles siègent sur les bords, sur la luette.

Les *ulcérations* sont plus nombreuses. Elles sont arrondies ou ovalaires, faisant une légère saillie sur le reste de la muqueuse; leur bord reste rouge, tandis que leur centre est blanchâtre. Ces ulcérations siègent de chaque côté de la ligne médiane, en groupe de trois ou quatre.

Au niveau de la luette, il existe une ulcération plus étendue qui occupe toute la face antérieure.

Ces ulcérations ne sont pas douloureuses et ne gênent en rien la mastication et la déglutition.

Nous nous sommes demandé si nous n'aurions pas affaire ici à une manifestation de la syphilis dont B... est atteint simultanément; mais l'ancienneté de cette maladie (son début remonte à dix-sept ans) est en contradiction avec cette interprétation.

Chez le 66 de la même salle, atteint depuis 1894 d'une lèpre à forme anesthésique, il se produit incessamment, depuis trois ans, des *éruptions bulleuses* limitées aux extrémités digitales : les ulcérations consécutives à ces productions se cicatrisent généralement sans laisser de marque durable.

N° 66, salle Hardy. — *Éruption bulleuse.* — Actuellement, on voit des bulles au niveau du poignet de la main gauche, du dos de la main droite, de la première phalange du petit doigt à droite, de l'annulaire à gauche et de plusieurs orteils. Ces bulles, transparentes, contiennent un liquide citrin; elles laissent, après s'être rompues, des ulcérations arrondies, creuses, à bords surélevés ; leur fond laisse s'écouler du pus. Le contenu de ces bulles, d'après l'examen de M. Leredde, ne renferme pas de bacille de Hansen.

Le pourtour de l'ulcération, comme toute l'ulcération elle-même, est dépourvu de sensibilité.

L'évolution de ces ulcérations est de 15 jours, 3 semaines; elle ne s'accompagne d'aucune douleur.

La guérison se fait par la formation d'une croûte qui, lorsqu'elle tombe, laisse une cicatrice.

Chez le numéro 20 de notre salle Bazin, l'éruption est surtout lymphangitique.

Alexandre D..., 16 ans, salle Bazin, lit nº 20, est atteint de la lèpre depuis six ans; elle a toujours procédé par poussées érythémateuses et fébriles. Nous avons assisté à de nombreuses poussées; l'an dernier, elles se renouvelaient tous les quinze jours.

Actuellement on perçoit un réseau de cordons indurés, à parois inégales, bossues, et des plaques perceptibles en différents points de la surface cutanée; leur coloration érythémateuse s'efface sous la pression du doigt. Ces lésions sont très manifestes sur les cuisses et les parties postérieures des jambes. Elles se trouvent également aux bras. Il n'y a pas d'altération profonde de la peau; jamais il ne s'est produit d'ulcération.

Si l'on fait abstraction de la forme bulleuse qui est très vraisemblablement d'origine tropho-névrotique. on peut considérer les autres éruptions comme liées à l'action irritante qu'exercent sur les tissus les bacilles de Hansen ou plutôt leurs toxines. Elles diffèrent, chez nos divers malades, par l'intensité très variable de la réaction, les éléments variant de la simple tache érythémateuse légèrement saillante aux tubercules volumineux, d'un rouge vif, qui atteignent plus d'un centimètre de diamètre et forment une saillie convexe et considérable; le seul de nos malades chez lequel il y ait des ulcérations, abstraction faite des maux perforants et des bulles, est celui qui présente l'éruption palatine, et elles sont limitées à cette région, sans doute en raison de la résistance moindre qu'oppose l'épithélium buccal, et peut-être aussi des infections secondaires dont la cavité de la bouche peut être la source.

Enfin, nous avons vu que, dans un de nos faits, les éléments éruptifs ont une prédilection marquée pour les réseaux lymphatiques : on perçoit nettement par le toucher les vaisseaux dilatés et leurs renflements en forme de nodosités comparables à des gommes.

L'étude d'ensemble de ces malades montre quel peut être le *polymorphisme* des éruptions lépreuses, bien qu'elles reconnaissent constamment la même cause prochaine; il faut tenir compte, pour l'expliquer, du mode de réaction variable des sujets, de l'intensité du virus et sans doute aussi de l'intervention thérapeutique : les malades les plus gravement atteints sont ceux qui n'ont pas été traités.

Ulcérations du sein consécutives à l'emploi des rayons X.

Par M. Du Castel.

Il s'agit de la malade présentée à la dernière séance par le Dr Barthélemy. Les eschares se sont détachées et sont remplacées par des ulcérations d'un peu plus de 1 millimètre de profondeur. L'ulcération de droite est plus étendue que l'eschare constatée, il y a un mois; elle semble avoir envahi à droite et en haut le tissu scléreux qui existait à ce niveau.

M. Barthélemy. — La malade présentée par M. Du Castel est précisément celle que j'avais l'honneur de soumettre à votre observation dans la dernière séance. Depuis un mois, certaines modifications ont eu lieu, comme on peut voir en comparant l'état actuel du sein avec le moulage fait à son arrivée à Saint-Louis. Les plaques blanches anémiées de la périphérie sont très réduites et ont été remplacées par des zones rouges et, surtout, l'eschare centrale est tombée laissant à nu une plaie irrégulière et bourgeonnante. La malade a maigri et pâli par le fait de la douleur et de l'insomnie; et certainement la guérison exigera encore plusieurs mois avant d'être réalisée. L'idée de M. Du Castel de rechercher la nature hystérique de la maladie et de la plaie s'est présentée aussi à notre esprit; elle montre seulement que j'ai bien fait de comparer ce processus à celui des troubles trophiques. Le temps très long que la lésion a mis à se déclarer et à se constituer me semble constituer aussi un argument en faveur du trouble trophique. Du reste, les caractères objectifs sont tels que j'ai pu, à première vue et sans connaître ni la malade ni son cas, sans connaître ses antécédents ni l'histoire de son mal, proposer le diagnostic d'actinocutite ou radiodermite que les faits ont ensuite permis d'affirmer. Certes, le médecin n'est pas responsable de pareils accidents qui prouvent seulement combien il faut encore être réservé dans l'emploi thérapeutique, surtout en dermatologie, des rayons X. Je n'insiste pas, me permettant de vous renvoyer pour tous les autres détails au Bulletin de la dernière séance. Je prie seulement M. Du Castel de vouloir bien en continuer l'observation et de nous tenir au courant, soit par un nouveau moulage, soit autrement, de ce qui pourra advenir avant que la guérison soit obtenue. A des faits nouveaux ne faut-il pas des mots nouveaux? Comme il y a plusieurs variétés d'accidents cutanés provenant des rayons X et qu'il est long et difficile de toujours recourir à cette longue périphrase pour les qualifier, qu'il me soit permis de proposer, jusqu'à ce qu'on en trouve une meilleure, la dénomination d'*actiniX* du mot grec ἀκτὶν rayon, pour désigner les troubles trophiques causés par l'application des rayons X et d'*électra* pour ceux qui sont dus aux courants électriques.

Épithéliome du gland.

Par M. Du Castel.

Début, il y a quatre ans. L'affection reste superficielle. La limite est marquée par une *bordure épithéliomateuse* légèrement saillante, de 1 millimètre de diamètre environ; les parties qu'elle circonscrit sont lisses et d'aspect cicatriciel. Par moments il se développe, à leur surface, des *masses cornées saillantes* qui se détachent spontanément. Au niveau des bords, il se forme de loin en loin de petites *ulcérations* qui se cicatrisent spontanément. La moitié supérieure de la surface du gland est aujourd'hui atteinte par l'extension successive. Pas d'adénites inguinales. L'examen histologique a confirmé la nature épithéliomateuse.

M. Hallopeau. — Je ferai remarquer que les lésions n'ont pas ici l'induration qu'on observe ordinairement dans les épithéliomes.

M. Du Castel. — La tendance aux productions cornées est très fréquente dans ces épithéliomes.

M. Darier. — Il s'agit ici vraisemblablement d'un épithéliome papillaire corné. Ces épithéliomes s'observent surtout sur la langue et sur le gland ; ils s'accompagnent ordinairement de productions cornées ; mais ils peuvent aussi en être dépourvus.

Leucoplasie linguale d'origine syphilitique conceptionnelle.

Par MM. Gaucher et Barbe.

Dans un travail antérieur (1), l'un de nous a déjà publié un cas de leucoplasie linguale chez une femme mariée à un syphilitique et qui n'avait jamais présenté elle-même aucun accident spécifique. Cette observation de leucoplasie parasyphilitique conceptionnelle nous avait été communiquée par M. le professeur Landouzy.

Nous venons d'observer, à notre policlinique dermatologique de l'hopital Saint-Antoine, un cas analogue dont voici l'histoire résumée :

Une femme R..., âgée de 27 ans, est accouchée il y a quatre ans d'un garçon assez vigoureux, mais qui présente quelques signes d'hérédo-syphilis, sur lesquels nous reviendrons plus loin. Après son accouchement, elle a été atteinte d'une chute partielle des cheveux, surtout marquée sur les régions temporales, qui aurait duré un mois environ ; elle aurait remarqué, en même temps, que ses ganglions inguinaux avaient augmenté de volume. Ce sont là les deux seuls accidents connus jusqu'aux phénomènes actuels.

Il y a un an, cette femme a vu apparaître, sur la face dorsale de sa langue, près de la pointe, de petites taches blanches qui ont été peu à peu remplacées par des fissures multiples. Plus tard une autre plaque blanche s'est montrée au milieu du bord gauche de la langue ; puis deux autres taches se sont développées sur le bord droit.

Lorsque nous examinons la malade, le 23 octobre 1900, nous trouvons :

1° Sur le bord gauche de la langue, à sa partie moyenne, une plaque blanche de la dimension d'une grosse lentille, striée verticalement dans toute son étendue ;

2° Sur la partie la plus reculée de ce même bord, une autre plaque s'étendant en arrière et dont il est difficile d'apercevoir la limite postérieure ;

3° Sur le bord droit de la langue, deux taches blanches épaisses, striées comme les précédentes, un peu plus saillantes, l'une située près de la pointe de la langue, l'autre un peu plus en arrière.

Il n'y a aucune autre lésion nulle part, même pas d'engorgement ganglionnaire dans les aines.

Le traitement par les pilules de sublimé (2 centigrammes. par jour) et

(1) Gaucher et Sergent. Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie buccale. *Archives de médecine expérimentale*, juillet 1900, p. 491.

par les attouchements quotidiens des plaques blanches avec une solution de bichromate de potasse au cinquantième, traitement continué pendant trois mois, ne donne aucun résultat appréciable.

Le 4 février 1901, nous prescrivons des injections sous-cutanées de benzoate de mercure (2 centigrammes par jour), qui amènent un changement rapide dans l'état des lésions. En moins d'une semaine, les plaques rétrocèdent ; celles du bord gauche de la langue disparaissent d'abord ; celles du bord droit s'atténuent peu à peu et finissent par disparaître à leur tour. Le 16 février, la guérison est complète.

Au cours de ce traitement, nous avons l'occasion de voir le mari de la malade, qui vient nous consulter, lui aussi, pour une leucoplasie limitée au bord droit de la langue, dont le début remonte à trois semaines. Cet homme nous déclare avoir eu, en 1892, un chancre de la verge, qui aurait duré un mois et pour lequel un médecin l'aurait soumis pendant quelque temps au traitement par la liqueur de van Swieten. Il n'avait remarqué aucun accident depuis cette époque. Il s'est marié quatre ans après son chancre et a eu un enfant, aujourd'hui âgé de 4 ans, que nous pouvons examiner également et qui présente un nez écrasé et une voûte palatine ogivale, sans autre signe, d'ailleurs, d'hérédo-syphilis.

En présence des renseignements fournis par l'examen de la malade, de son mari et de son enfant, nous croyons pouvoir conclure à l'existence, chez cette femme, d'une leucoplasie parasyphilitique précoce d'origine conceptionnelle. La précocité de la lésion explique sans doute les résultats heureux du traitement spécifique, car on sait combien la leucoplasie tardive est au contraire rebelle, le plus souvent, à toute médication antisyphilitique.

Nous pouvons rapprocher cette observation d'une autre qui a été publiée déjà par l'un de nous, sous le titre de *leucoplasie syphilitique secondaire* (1), et qui a guéri également par les injections mercurielles, avec cette différence toutefois que, dans ce dernier cas, il s'agissait d'une syphilis acquise et non d'une syphilis conceptionnelle.

M. Barthélemy. — Je suis très heureux de voir M. Gaucher se montrer partisan de cette syphilis conceptionnelle, qui a été si vivement combattue et niée, notamment par les accoucheurs et par un certain nombre d'expérimentateurs surtout étrangers, trop enclins à rapporter à l'homme ce qu'ils ont observé dans des expériences de laboratoire ou sur des animaux.

Dans un certain nombre de faits, j'ai déjà signalé la possibilité de la leucoplasie syphilitique par le fait de la syphilis conceptionnelle ; d'autre part, j'ai rapporté plusieurs faits de cette lésion chez des femmes atteintes, disions-nous, de syphilis ignorée ; car, il y a une dizaine d'années, on n'aurait pas osé formuler le diagnostic étiologique aussi nettement qu'aujourd'hui et nous parlions de syphilis ignorée parce que nous n'avions pas pu saisir les premières étapes de la syphilis. Nos malades ne fumaient et ne buvaient pas plus qu'une dame — soit dit en passant — que

(1) V. Barbe, *Soc. franç. de dermatologie*, 9 juin 1898.

j'observe actuellement, qui a reçu la syphilis de son mari il y a quatre ans, qui a été insuffisamment traitée, et qui a depuis quelques mois un début de leucoplasie sur la langue, fort légère encore, mais extrêmement marquée aux commissures des joues et des lèvres où l'on voit très nettement dessiné le triangle morbide, actuellement plutôt grisâtre que blanc. Cette malade est destinée à la vraie leucoplasie nacrée d'ici à quelques années si elle n'est pas traitée énergiquement, et j'appelle ainsi, on le sait, les injections intra-musculaires de préparations mercurielles insolubles. A ce propos, je crois bien pouvoir dire que quelle que soit la forme de leucoplasie, ce n'est pas par les huit ou quinze injections solubles que M. Gaucher a pu guérir ses malades. On sait combien est tenace la véritable leucoplasie buccale, même quand elle est d'origine purement syphilitique. Si donc la guérison a été obtenue, c'est surtout par le traitement mercuriel antérieur auxdites injections. Mais que M. Gaucher me permette de dire que je ne partage pas sa manière de penser lorsqu'il dit que la leucoplasie est une, est la même, qu'elle soit précoce ou tardive. Les faits que j'ai observés ne me permettent pas d'admettre cette manière de voir. Les muqueuses des lèvres et de la bouche, comme celles de la vulve et du vagin, réagissent facilement en blanc, et il y a de la leucoplasie parfois autour d'une simple érosion dentaire comme autour d'un épithélioma vulvaire, mais ce n'est pas ce que les syphiligraphes désignent sous le nom de leucoplasie. De plus, il y a une leucoplasie secondaire ; j'en ai observé plusieurs cas ; un autre a été présenté ici même par M. Danlos, je crois ; or, dans cette leucoplasie secondaire, qui est caractérisée par des plaques blanches disséminées sur la langue et sur les lèvres et au travers desquelles on peut, pour ainsi dire, découvrir des plaques muqueuses vulgaires ; dans cette forme de leucoplasie secondaire, dis-je, toute sorte de traitement mercuriel guérit vite et bien. J'en ai vu guéri par les pilules, par les frictions, par les sirops, aussi bien que par les injections solubles. La guérison est rapide, complète, définitive, et les malades ne sont pas ultérieurement plus exposés que d'autres aux gommes de la langue ou à la leucoplasie scléreuse tardive. C'est de celle-là seulement que nous nous occupons ; c'est elle qui fait si souvent le désespoir des malades et des médecins ; c'est elle qui guérit parfois, mais non toujours, exceptionnellement, dirais-je plutôt, par les injections mercurielles insolubles. Mais ce n'est pas le lieu de discuter tous ces points. Je termine en répétant combien je trouve intéressant le fait rapporté par M. Gaucher, de leucoplasie, fût-elle précoce, provenant d'une syphilis conceptionnelle. Cette étiologie me paraît très possible, très exacte dans le cas particulier, et je pense qu'il faudra savoir porter à l'occasion ce diagnostic pour d'autres affections syphilitiques rangées jusqu'ici dans la classe des syphilis ignorées.

M. Besnier. — Le fait signalé par MM. Gaucher et Barbe montre, une fois de plus, toute l'importance de l'étude à reprendre, de la syphilis conceptionnelle. J'ai observé à l'hôpital un cas de leucoplasie chez une femme dont le mari était tabétique, et qui elle-même n'avait présenté aucun indice de syphilose.

Ulcères gabonais.

Par MM. E. GAUCHER et HENRY BERNARD.

L'un de nous a publié, il y a quelques années (1), une observation d'*ulcère gabonais* dont le moulage se trouve au musée de l'hôpital Saint-Louis. Il a identifié cet ulcère gabonais avec le clou de Biskra. En réalité, cette lésion, qui est bien identique au *clou de Biskra*, ne doit pas recevoir le nom d'ulcère gabonais, car le véritable ulcère gabonais existe, identique à l'ulcère de tous les pays chauds, notamment à l'*ulcère annamite*, dont nous avons publié une observation (2).

Cet ulcère, connu vulgairement en Afrique, comme beaucoup d'autres lésions disparates, sous le nom de *craw-craw*, siège aux membres inférieurs : nous venons d'en observer un cas que nous rapportons ci-dessous :

Il s'agit d'un malade, âgé de 31 ans, employé de commerce, qui nous a été adressé par le Dr Alexandre et qui est entré le 12 décembre 1900 dans notre service de l'hôpital Saint-Antoine, pour des ulcérations multiples siégeant surtout aux membres inférieurs.

Cet homme a quitté la France à l'âge de 20 ans, pour aller à Grand-Bassam, sur la Côte d'Ivoire. Jusque-là il avait été bien portant ; on ne relève dans ses antécédents qu'une attaque de chorée survenue à l'âge de 13 ans. Il n'a jamais eu la syphilis.

Il séjourna à Grand-Bassam deux années, pendant lesquelles il n'a jamais eu, dit-il, d'accidents paludéens ni de dysenterie. Mais, à la fin de son séjour, il fut atteint d'une éruption de boutons, siégeant aux membres inférieurs et laissant à leur suite des ulcérations semblables à celles qu'il porte actuellement ; ces ulcérations, dit-il, guérirent spontanément sous l'influence d'une simple pommade au salol. En même temps il présenta une anémie assez marquée.

Après avoir quitté Grand-Bassam, le malade se rend au Congo belge et y séjourne pendant neuf années, jusqu'en octobre 1900. Pendant toute cette période, son état de santé reste parfait, si ce n'est que les ulcérations dont il avait été atteint à Grand-Bassam reparaissent périodiquement chaque année, pendant la saison des pluies, c'est-à-dire du mois de septembre au mois de décembre ; leur mode d'apparition, par de gros boutons qui s'ulcèrent ensuite, est toujours le même ; leur disparition a toujours lieu de la même manière, spontanément ou à l'aide d'une simple pommade boriquée ou salolée.

Le malade revient en France en octobre 1900, un mois et demi avant son entrée à l'hôpital. Quinze jours après son retour, il voit réapparaître les boutons, puis les ulcérations qui persistent actuellement, et que nous allons maintenant décrire.

(1) E. GAUCHER. Ulcère gabonais. *Annales de dermatologie*, novembre 1898.
(2) GAUCHER et TOUVENAINT. Ulcère annamite. *Annales de dermatologie*, janvier 1896.

Ces *ulcérations* siègent presque uniquement aux membres inférieurs ; il en existe cependant quelques-unes, en voie de guérison, aux membres supérieurs, mais limitées à la face dorsale des mains. Les ulcérations des membres inférieurs sont les unes en activité, les autres à l'état de cicatrice.

Les *ulcérations en activité* siègent sur la jambe gauche, aussi bien sur sa face antérieure que sur sa face postérieure ; leurs dimensions varient du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de deux francs ; leurs contours, nettement arrondis, sont limités par des bords plus ou moins surélevés, taillés à pic pour certaines ulcérations ; ces bords ne sont en aucun point décollés. Leur fond, sec, ne suintant jamais, au dire du malade, est d'une couleur rouge vif. Certaines, parmi ces ulcérations, sont en voie de cicatrisation : la plupart se cicatrisent de la périphérie au centre ; quelques-unes présentent à leur centre un îlot de peau saine et la cicatrisation paraît gagner du centre à la périphérie, en rayonnant de cet îlot.

Les *cicatrices*, qui siègent sur toute l'étendue des membres inférieurs, pieds, jambes, cuisses, régions iliaques et fessières, sont de mêmes dimensions que les ulcérations : toutes sont pigmentées, et d'une coloration brun ou brun noirâtre. Les plus anciennes pâlissent : elles se dépigmentent du centre à la périphérie, laissant des anneaux bruns dont l'épaisseur diminue de plus en plus et dont la coloration devient de plus en plus claire.

Aux membres supérieurs, on aperçoit quelques cicatrices de même aspect, mais beaucoup moins nombreuses qu'aux membres inférieurs et limitées presque exclusivement à la face dorsale des mains. Sur la face dorsale de la main droite, on voit la trace d'une ulcération presque cicatrisée et dont quelques croûtes marquent encore le contour.

Aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs, il existe un léger *œdème*, marqué surtout au pourtour des ulcérations.

On ne constate aucun trouble de la sensibilité, ni au niveau des ulcérations, ni à leur pourtour.

En dehors des ulcérations, les téguments sont d'une teinte blanc jaunâtre, d'origine anémique ; les muqueuses sont décolorées. On constate une cyanose très prononcée au pavillon des oreilles.

Le *foie* est de dimensions normales. Mais la *rate* est très volumineuse : elle occupe une grande partie de l'hypochondre et du flanc gauches. La palpation fait percevoir son extrémité inférieure à un travers de doigt au-dessous et en dedans de l'ombilic : son bord droit atteint la ligne médiane. Elle mesure 28 centimètres dans son plus grand diamètre.

Les autres organes sont normaux et leurs fonctions se font régulièrement. La température est normale. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni sels en excès.

Le malade est soumis au *traitement* suivant : sur les ulcérations on fait des applications permanentes d'eau bouillie, renouvelées deux fois par jour ; c'est le pansement humide aseptique chirurgical. Comme adjuvant, on prescrit le repos absolu, au lit. Chaque jour, on fait une injection sous-cutanée de chlorhydrate de quinine, à raison de 1 centimètre cube de la solution suivante : chlorhydrate basique de quinine, 4 grammes ; eau distillée, 3 grammes ; acide chlorhydrique, quantité suffisante pour dissoudre,

c'est-à-dire environ XVIII gouttes ou 90 centigrammes. Chaque centimètre cube de cette solution contient environ 62 centigrammes de chlorhydrate neutre de quinine. A la médication quinique, on ajoute 2 milligrammes d'arséniate de soude chaque jour, en pilules.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliore de jour en jour, et le volume de la rate diminue légèrement, mais nettement. Les ulcérations en activité se cicatrisent rapidement, laissant à leur place une cicatrice brun noirâtre, et, un mois après son entrée, le 15 janvier, le malade quitte l'hôpital, complètement guéri de ses ulcérations.

Dans cette observation, deux points particulièrement nous paraissent mériter l'attention. C'est d'abord la grande ressemblance de cet ulcère gabonais avec des lésions syphilitiques : si l'ulcère en activité ressemble bien à une ulcération spécifique par sa forme toujours arrondie, par ses bords taillés à pic et non décollés, par sa coloration rouge et aussi par son siège de prédilection au niveau des membres inférieurs, la cicatrice de cet ulcère ressemble encore bien davantage à la cicatrice d'un ulcère spécifique, par sa coloration brunâtre et sa dépigmentation centrifuge. Nous avions déjà fait la même observation à propos de l'ulcère annamite.

En second lieu, nous insisterons sur ce fait que le seul traitement efficace de cet ulcère est le traitement le moins irritant, c'est-à-dire l'application permanente d'eau bouillie; déjà nous avions fait cette remarque à propos des cas d'ulcère annamite que nous avons publiés : l'observation que nous apportons aujourd'hui confirme l'efficacité de ce traitement.

M. Hudelo. — J'ai eu l'occasion de soigner un bouton d'Alep : les pansements antiseptiques ne m'avaient donné aucun résultat, de simples applications d'eau bouillie ont entraîné la guérison en quinze jours.

M. Moty. — La guérison des ulcères des pays chauds s'opère d'elle-même, la plupart du temps, au cours de la traversée. Quand ils persistent au retour en Europe, il y a les plus grandes probabilités pour qu'ils soient compliqués soit par l'état général du sujet, soit par des troubles trophiques locaux, et dans ce cas les antiseptiques sont toujours inefficaces et deviennent nuisibles si l'on continue leur emploi.

Il n'en est pas ainsi aux colonies où l'on a affaire à des cas récents qui cèdent très bien aux antiseptiques, particulièrement au sublimé, mais là comme en France, si l'on est en présence d'un cas compliqué, les antiseptiques deviennent nuisibles, et s'il s'agit d'un malade traité depuis longtemps, on peut les considérer comme contre-indiqués. C'est dans cette dernière catégorie que rentre certainement le cas intéressant rapporté par notre collègue Gaucher, mais il est probable que le changement de climat a joué un rôle important dans sa guérison ; il a suffi pour cela que l'action nuisible des antiseptiques fût éloignée.

M. Barbe. — Je ne crois pas qu'on puisse assimiler ces lésions au

craw-craw, dont j'ai observé un cas typique remarquable par l'intensité de la pigmentation consécutive à une éruption de papulo-pustules disposées par groupes. Dans ce cas, il n'y eut jamais d'ulcération.

M. Moty. — En ce qui concerne le nom de craw-craw, je crois qu'il faut le réserver aux lésions superficielles de la peau résultant de la présence dans le sang d'embryons de filaria sanguinis hominis perstans qui sont absolument caractéristiques ; les ulcères intéressant les parties profondes du derme que l'on observe dans les pays chauds paraissent dus, d'après Boinet et plusieurs excellents observateurs de la médecine de marine, à une triple association microbienne ; j'ai communiqué il y a cinq ou six ans à la Société l'échec des tentatives faites au Tonkin pour inoculer directement de bras à bras l'élément virulent de l'ulcère annamite ; quant à la coloration noire, on l'observe sur la plupart des lésions ulcéreuses des pays chauds, surtout aux membres inférieurs, et cette dernière particularité fait penser que le rôle principal revient dans la production du phénomène au processus de cicatrisation plutôt qu'à une production de couleur brune par un agent microbien.

M. Gaucher. — Si j'ai assimilé ces lésions au craw-craw, c'est uniquement d'après les indications que m'a données le malade.

Je crois aussi qu'il y a de nombreuses associations microbiennes au niveau de ces ulcères, voilà pourquoi notre communication ne fait aucune allusion aux recherches bactériologiques que nous avons entreprises sur ce sujet. Relativement à la nocivité des pansements antiseptiques, même dans les cas récents, traités aux colonies, je rappellerai que mon ancien malade, atteint d'ulcère annamite, avait été traité sans succès et pendant longtemps à Hanoï par les pansements antiseptiques au sublimé, qui n'avaient fait qu'irriter la lésion.

M. Bastian. — J'ai observé un grand nombre d'ulcères annamites ; j'ai essayé vainement de les inoculer sur moi-même. Les ulcères anciens ne guérissent que si on les rajeunit en quelque sorte, en excisant leur bordure formée par un rebord cutané, décollé et induré qui enserre l'ulcère.

Éruption bromoformique,

Par MM. E. Gaucher et H. Bernard

Les éruptions bromiques sont bien connues aujourd'hui ; mais nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun cas d'éruption bromique due à l'ingestion de bromoforme.

C'est une éruption de ce genre que nous avons observée et dont nous rapportons l'observation :

Le malade en question est un homme de 54 ans, représentant de commerce, qui entra dans notre service de l'hôpital Saint-Antoine au commencement de novembre 1900, pour une bronchite chronique avec emphysème. Cette bronchite, depuis deux mois, est passée à l'état aigu :

à son entrée le malade présente dans toute la hauteur des deux poumons des râles sibilants et ronflants, et de place en place des sous-crépitants. L'expectoration est abondante. Mais le symptôme dont se plaint surtout le malade, et pour lequel d'ailleurs il s'est décidé à entrer à l'hôpital, consiste en des quintes de toux coqueluchoïde ; chaque quinte est de longue durée (de un quart d'heure à une heure), et accompagnée de dyspnée intense et de cyanose.

On institue un traitement calmant (julep diacodé et eau de laurier-cerise), auquel on adjoint des applications répétées de ventouses, et chaque jour 1 gramme d'iodure de potassium.

Mais les quintes coqueluchoïdes n'étant que très peu influencées par ce traitement, le 26 décembre on supprime la potion calmante et l'iodure de potassium, que l'on remplace par un julep simple contenant deux gouttes de bromoforme, pour vingt-quatre heures. Le nombre des quintes et leur longueur diminuent nettement et rapidement sous l'influence du médicament.

Le 8 janvier, treize jours après le début du traitement par le bromoforme, le malade, qui depuis plusieurs jours déjà se plaignait de démangeaisons sur tout le corps, présente une éruption localisée à la paroi abdominale antérieure, à la partie antéro-supérieure du thorax, aux aisselles et à la nuque. C'est une éruption érythémato-papuleuse, à petites papules de même aspect que celles du lichen simplex aigu, et reposant sur des plaques érythémateuses irrégulières. Quelques papules sont excoriées par le grattage. L'éruption est en effet très prurigineuse, aussi bien le jour que la nuit.

On supprime la potion au bromoforme, et on saupoudre simplement l'éruption avec de la poudre d'amidon. Dès le lendemain, l'éruption commence à diminuer dans les régions où elle était primitivement localisée ; mais quelques papules nouvelles apparaissent à la région lombaire et aux cuisses. Dès ce moment, l'éruption suit une marche lentement régressive : les papules deviennent moins nombreuses, moins saillantes ; mais les démangeaisons sont toujours vives. Ce n'est que le 5 février, près d'un mois après son début, que l'éruption disparaît complètement ; cependant, depuis quelques jours déjà, elle n'existait plus qu'à l'état de plaques rouges non prurigineuses.

Le 12 février, on donne de nouveau une potion contenant deux gouttes de bromoforme ; deux jours après, le malade ressent de vives démangeaisons à la face externe des bras et des avant-bras, et dans le dos ; dans ces mêmes régions, on aperçoit quelques macules roses et une teinte rouge de la peau ; celle-ci est due au grattage, car les démangeaisons sont si vives que le malade se gratte presque continuellement.

Malgré ces symptômes, le médicament est continué parce que seul il calme bien les quintes de toux. Quelques papules très prurigineuses apparaissent encore dans le dos et à la région lombaire ; puis, à partir du 19 février, papules et prurit disparaissent peu à peu et tout rentre dans l'ordre.

M. Barthélemy. — Je n'ai pas vu d'autre éruption due au bromoforme ; mais j'ai été appelé en consultation par le Dr Petit, pour une éruption à

larges bulles disséminées et superficielles qui n'avaient pas d'autre cause que le bromidia, pris par une dame âgée, grosse et arthritique.

M. Jacquet. — J'ai observé une éruption analogue aux éruptions bromo-potassiques chez un enfant qui n'avait pris que de l'acétate d'ammoniaque. Je demande si les membres de la Société ont observé des faits semblables.

M. Barthélemy. — Je n'ai pas connaissance que le carbonate ou l'acétate d'ammoniaque aient déterminé des lésions cutanées. Mais le jeune malade de M. Jacquet n'a-t-il pas pris, par erreur du pharmacien par exemple, du bromure au lieu du sel ammoniacal ? Il eût été fort intéressant que la peau de l'enfant ait pu servir de réactif suffisamment sensible pour déceler ladite substitution.

Petite tumeur de la lèvre simulant la bothryomycose.

Par MM. Balzer et L. Alquier.

Le malade dont nous vous présentons le moulage, est un jeune homme de 17 ans. Il y a deux mois et demi, il remarqua, sur la lèvre inférieure, près de la commissure droite, une petite tumeur qui a grossi peu à peu, sans causer aucun trouble fonctionnel.

Elle s'est ulcérée depuis environ un mois ; l'érosion, toute superficielle, s'est recouverte d'une croûte sans cesse détruite par le malade auquel la tumeur commençait à causer un léger agacement. Depuis son ulcération, le malade dit que, presque chaque matin, se produisaient des hémorrhagies assez abondantes, lors de l'arrachement de la croûtelle.

Nous constatons sur le bord libre de la lèvre inférieure, près de la commissure droite, une petite tûmeur ayant absolument la forme et les dimensions d'une grosse lentille qui serait posée sur la lèvre. Sa base est entourée d'un sillon net, avec tendance à se pédiculiser.

Cette tumeur est revêtue par une muqueuse absolument identique comme coloration et comme aspect à celle qui recouvre les parties voisines de la tumeur. Pas d'ulcération véritable, mais seulement une ou deux petites érosions superficielles, punctiformes.

La tumeur, indolente au palper, apparaît de consistance identique à celle des tissus sains du voisinage. Elle ne repose pas sur une base indurée. Pas d'adénite sous-maxillaire. Aucun autre symptôme d'une affection quelconque.

L'ablation fut faite par M. Theuveny, au moyen de l'excision faite d'un coup de ciseaux courbes, et suivie de la réunion immédiate par un point de suture. Pas d'hémorrhagie.

L'examen histologique, pratiqué après fixation dans l'alcool absolu, montre que la tumeur est constituée par l'hypertrophie du derme, atteinte d'inflammation chronique. Les vaisseaux sanguins, très nombreux, sont hypertrophiés, dilatés, remplis de sang ; leurs parois semblent peu altérées.

Le tissu conjonctif environnant est atteint d'inflammation chronique,

caractérisée par des amas de cellules embryonnaires, disposés sans ordre, et circonscrits par des faisceaux conjonctifs volumineux.

L'épithélium participe à l'inflammation; sur la tumeur, on remarque une hypertrophie des cellules superficielles, avec disparition des papilles et des bourgeons interpapillaires.

Au voisinage immédiat de la tumeur, on trouve, au contraire, l'augmentation d'épaisseur de l'épiderme, avec hypertrophie notable des papilles.

Nous croyons pouvoir repousser l'idée d'un sarcome; nous nous arrêtons au diagnostic de bourgeon charnu, de granulome résultant d'une inflammation chronique simple. La cause de cette curieuse néoformation nous échappe complètement : le malade n'est, par sa profession, exposé à aucune cause d'irritation buccale; il ne fume pas, lui-même ne sait pas nous indiquer aucune cause susceptible d'avoir provoqué une irritation quelconque. Le moulage de M. Baretta montre bien l'apparence singulière de cette petite tumeur et les analogies assez frappantes qu'elle présente avec le bothryomycome.

M. Barbe. — J'ai observé à l'hôpital Saint-Antoine 2 cas identiques au fait présenté par M. Balzer. La lésion avait le même siège, la même couleur, la même forme. L'examen histologique en sera fait et sera communiqué prochainement.

Alopécie peladoïde ou peladique chez un syphilitique,

Par M. Alex. Renault

Aux deux dernières séances de la Société de dermatologie, à la suite d'une présentation de notre très distingué collègue, M. le Dr Darier, la question des pelades et des pseudo-pelades a été longuement discutée. Les remarques, émises par les divers membres qui ont pris la parole, démontrent que le sujet n'est point épuisé.

D'autre part, M. le professeur Fournier, dans une de ses dernières leçons, parue dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, à la date du 19 janvier 1901, a décrit la pelade ou pseudo-pelade, que l'on rencontre parfois chez les sujets syphilitiques. « Il n'est que trop évident, dit M. Fournier en terminant sa leçon, que la question est neuve et ne saurait être mise au point que par une longue enquête ultérieure. »

C'est une contribution à cette enquête que j'ai l'honneur de vous apporter :

Le jeune homme soumis à notre examen est atteint de syphilis depuis le mois de septembre 1899.

A cette date, chancre syphilitique du fourreau.

En janvier 1900, angine spécifique.

Le traitement par les pilules de protoiodure mercuriel est alors institué et continué pendant six mois avec quelques alternatives de repos.

Je vois le malade, pour la première fois, le 9 octobre 1900. Bien que je constate chez lui une syphilide papulo-érosive de la face inférieure du fourreau et de grosses amygdales un peu grisâtres, je conseille la suspension de la médication interne, assidûment suivie jusque-là et me borne à quelques attouchements avec le crayon de nitrate d'argent, en recommandant le traitement interne dès le commencement de novembre.

Très peu de jours après mon premier examen, les cheveux commencent à tomber abondamment à la nuque et, lorsque je revois le malade le 10 janvier 1901, je trouve son cuir chevelu dans l'état que vous pouvez constater aujourd'hui, c'est-à-dire largement dénudé de la façon suivante :

1° Une vaste plaque en biais, située au-dessus de la nuque et occupant environ le quart inférieur de la partie postérieure du crâne ;

2° Derrière chaque oreille, deux grandes plaques dont je ne m'attarderai pas à vous décrire les diamètres précis. Celle de gauche est la plus étendue ;

3° Un peu au-dessous du vertex, quatre autres plaques, plutôt ovalaires, mais rappelant par l'étendue une pièce de 2 francs ;

4° Sur le vertex enfin, une dernière plaque allongée, prédominant surtout à droite.

Récemment toutes ces plaques étaient recouvertes d'un duvet blanc, que j'ai fait arracher, pour favoriser la repousse. Le duvet, riche partout ailleurs, était très pauvre derrière les oreilles. Outre les zones de dénudation peladiforme, quand on examine les tempes du malade, on constate des clairières exactement semblables à celles que produit habituellement la syphilis.

Nulle part ailleurs qu'au cuir chevelu il n'y a chute des poils.

Voici le fait très brièvement exposé : comment l'interpréter ?

Trouvons-nous, dans l'aspect clinique de la lésion, l'examen du cheveu limitrophe à la loupe, ou avulsé au microscope, dans les conditions particulières du sujet ; la composition des urines, dans l'action thérapeutique enfin, des éléments de diagnostic qui permettent de dire : cet homme est un syphilitique affecté d'une pelade vraie ou, au contraire, d'une alopécie peladiforme, dont la spécificité est la véritable cause ?

Examinons ces divers points :

1° *Aspect clinique de la lésion.* — Rien dans le nombre, l'étendue, la configuration, les caractères objectifs des parties dénudées ne diffère de l'état peladique vrai.

Je ferai même remarquer, contrairement à ce qui existe ici, que dans les cas d'alopécie peladique, observés chez des syphilitiques, les îlots dénudés sont, d'après M. Fournier, très peu nombreux : un, deux, quelquefois trois ; mais bien rarement davantage.

En outre, ils restent petits, limités, ne dépassant guère l'étendue d'une pièce d'un franc.

Ajoutons, en passant, que chez notre sujet le début de son alopécie spéciale a été précoce puisque, d'après la statistique de M. Fournier, celle-ci est de beaucoup prédominante au cours de la 2e année, 25 cas contre 5 au cours de la 1re année. Dans notre cas, l'alopécie a débuté à la fin de la 1re année.

2° *État du cheveu limitrophe.* — A l'œil nu et à la loupe, il semble intact. Il n'est ni sec, ni terne, mais, au contraire, franchement noir et a l'air de posséder sa vitalité normale. Son adhérence, enfin, ne diffère pas de celle des cheveux sains.

De prime abord, ces caractères le différencient de ceux qui appartiennent aux cheveux limitrophes de la plaque peladique. Particulièrement, la terminaison en massue exceptionnelle. Mais cette disposition n'existe accentuée que dans les cas où la plaque peladique a tendance à s'étendre. Il est fort possible que chez notre malade le travail destructif ait terminé son œuvre. On ne peut donc arguer, de la rareté de ce signe, en faveur d'une lésion pseudo-peladique.

L'inspection, au microscope, des cheveux avulsés ne nous éclaire pas davantage.

J'ai examiné avec M. le Dr Durante un bon nombre de ces cheveux. La plupart ont leurs racines atrophiées comme dans la pelade classique. La portion bulbeuse est devenue fusiforme.

3° *Conditions particulières du sujet.* — La recherche la plus minutieuse des antécédents ne nous a permis de relever ni l'action d'un contage, ni l'influence d'une perturbation nerveuse quelconque. Nous ne trouvons ici en cause que la syphilis, dont l'effet nocif sur la chevelure a été favorisé chez notre malade par une séborrhée de date fort ancienne.

Ici, cependant, le « Post hoc, ergo propter hoc » ne saurait être appliqué. Que de fois, dans le cas de pelade non douteuse, on n'arrive pas à découvrir la cause provocatrice !

4° *Composition des urines.* — Dans des recherches fort intéressantes, entreprises avec la collaboration de M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, notre collègue, M. le Dr Jacquet, nous a appris que chez la plupart des malades atteints de pelade vraie, on constatait une diminution des phosphates de l'urine et au contraire un excès de chlorures.

Chez notre sujet, cette formule urologique ne se réalise pas. Voici, en effet, la note que m'a remise hier M. Marguery, interne en pharmacie de mon service.

Volume d'urine en 24 heures, 1,500 cent. cubes : densité, 1023 ; dépôt nul, réaction acide ; urée, 32 gr. par litre, au lieu de 18 à l'état normal ; acide urique, 48 centigr. au lieu de 46 ; acide phosphorique, 2 gr. 41 au lieu de 1 gr. 66 ; chlorures en chlorure de sodium, 16 gr. au lieu de 8. Pas de sucre, ni d'albumine, ni de pigments biliaires.

Ce résultat différent ne portant que sur une observation unique, ne nous permet de tirer aucune conclusion.

M. Jacquet nous dit, du reste, qu'il s'agit d'études en cours, dont nous ne possédons encore que les primeurs.

5° Pourrons-nous trouver enfin dans l'action thérapeutique un élément diagnostique, vraiment digne de nous arrêter?

Nullement : l'alopécie peladique n'a point été prévenue par une médication mercurielle, suivie assidûment pendant six mois. Elle n'a point été arrêtée dans son cours par la reprise de cette médication.

Comme traitement local, j'ai eu l'idée de substituer à la lotion excitante de l'hôpital Saint-Louis, composée d'ammoniaque et d'essence de térébenthine, des frictions d'onguent napolitain, au niveau des plaques les plus pauvres en repousse. L'effet a été absolument nul.

Depuis une dizaine de jours, j'ai recours aux frictions quotidiennes avec 5 grammes d'onguent napolitain sur diverses régions du corps, à titre de traitement général. Je ne constate jusqu'ici aucun effet curatif.

Que devons-nous donc rationnellement conclure des considérations précédentes?

1° Un fait indéniable, c'est qu'il existe simultanément chez notre syphilitique, et cela depuis qu'il est atteint de sa maladie, une alopécie en clairières et une alopécie franchement peladiforme.

2° Quant à dire s'il s'agit d'une pelade vraie, par conséquent d'une simple coïncidence, ou d'une alopécie peladiforme, dont la syphilis est seule coupable, l'état actuel de nos connaissances nous commande les réserves les plus formelles. Ni la clinique, ni le microscope, ni les recherches urologiques, non plus que l'épreuve thérapeutique ne jettent encore quelque lumière sur cette question obscure.

M. Jacquet. — Je ferai remarquer que cet homme, qui a la pelade, a des lésions dentaires très marquées et que sa mère, dit-il, est presque édentée. Ce fait confirme ce que j'ai formulé dans les séances précédentes.

M. Sabouraud. — Il s'agit ici d'une pelade vraie. Or, la pelade subit le contre-coup d'une syphilis intercurrente; elle est sujette à des récidives multiples et incessantes chez les syphilitiques.

M. Barthélemy. — La question des alopécies chez les syphilitiques est complexe et il ne faut pas appeler pelade toute dénudation en aire qui survient à la période secondaire de la syphilis. Il y a des dénudations du cuir chevelu (en aire, et je ne parle pas de l'alopécie en clairière) qui ont toutes les apparences de la pelade et qui guérissent, cependant, sans qu'on fasse le moindre traitement local et uniquement par le traitement mercuriel de la syphilis qui en est l'origine et la cause. J'apporterai, à la prochaine séance, deux photographies faites il y a une dizaine d'années et qui sont, l'une un cas de peladoïde syphilitique secondaire, et l'autre un cas de pelade vraie chez une syphilitique. Il faudrait admettre alors, d'une part que la pelade guérit fort bien spontanément pendant que la

malade ingère du mercure et non grâce au médicament antisyphilitique par excellence, et d'autre part, que la période secondaire crée un terrain particulièrement favorable au développement de la pelade; car, pour ma part, j'ai toujours observé ces faits en pleine période secondaire, à la fin de la première année ou au commencement de la seconde année après le chancre infectant.

Atrophie syphilitique des nerfs optiques avec endartérites.

Par M. GALEZOWSKI.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade atteint d'une atrophie syphilitique des nerfs optiques avec endartérites et thromboses rétiniennes en voie de guérison.

Ce malade, soigné pendant plus de deux ans sans résultats, pour une atrophie progressive syphilitique des papilles, a été examiné par moi pour la première fois en avril 1900, et j'ai pu reconnaître une atrophie optique accompagnée de péri-artérites et d'endartérites rétiniennes et papillaires, avec une diminution concentrique du champ visuel et de l'acuité centrale.

Ce sont des thromboses occasionnées par une inflammation syphilitique des parois des vaisseaux dans les deux nerfs optiques.

Tous ces accidents sont survenus depuis cinq ans chez un homme âgé de 38 ans, et qui avait contracté à l'âge de 17 ans un chancre, suivi de plaques muqueuses et d'autres symptômes secondaires de la syphilis, pour lesquels il avait suivi le traitement pendant deux mois et demi à l'hôpital du Midi, par les pilules mercurielles et des potions spéciales. Une fois guéri, le mal n'est plus revenu pendant plus de quinze ans. Ce n'est que depuis cinq ans que le malade a commencé à s'apercevoir d'un affaiblissement de la vision dû à une atrophie commençante des nerfs optiques : soumis sans résultat au traitement par l'iodure de potassium, les pilules mercurielles et le sirop de Gibert, il vint me consulter.

Je l'ai soumis au traitement par les frictions mercurielles à la dose de 2 grammes, depuis le mois d'avril de l'année dernière jusqu'à ces jours-ci. J'ai la satisfaction d'annoncer que ce malade va aussi bien que possible; son acuité visuelle est remontée au point qu'il peut lire les caractères nº 5 de l'échelle et qu'il se conduit tout seul. Une grande partie des endartérites a disparu, la circulation dans la rétine reprend d'une manière appréciable.

Quelle conclusion dois-je tirer de cette observation? C'est que la syphilis, lorsqu'elle attaque les nerfs optiques, se localise dans les parois artérielles des centres visuels, comme cela avait été déjà démontré par Lancereaux, Fournier et Huchard, et souvent dans les branches capillaires et périphériques des organes visuels.

Ce fait est de la plus haute importance, et si je passe en revue mon tableau statistique établi sur 649 cas d'affections oculaires syphilitiques de différente nature que j'ai pu observer pendant les douze dernières années, je trouve que l'atrophie syphilitique des papilles se rencontre 76 fois. Et si la cécité a été jusqu'à présent la conséquence

naturelle des atrophies tabétiques, elle pourra être évitée et la vue améliorée, si on prend comme base de traitement les frictions mercurielles prolongées, pendant deux années consécutives, et non interrompues, à la dose de deux grammes d'onguent double hydrargyrique.

L'iodure de potassium, selon moi, doit être proscrit non seulement comme inutile, mais même comme gênant le résultat définitif du traitement mercuriel.

Formule urinaire des dermatoses,

Par M. Gastou.

Dans les dermatoses, en dehors de l'évolution clinique de la maladie, l'anatomie et l'étiologie de la lésion, c'est-à-dire l'histologie pathologique et la microbiologie, ont été l'objet de nombreux travaux; seule la physiologie pathologique n'a pas encore attiré suffisamment l'attention des dermatologistes.

Dans ces derniers temps M. le Dr Jacquet, en exposant devant la Société ses recherches urologiques, sur la pelade, a montré l'intérêt qu'il y avait à étudier la nutrition dans les dermatoses.

Quoique l'analyse des urines, telle du moins qu'elle est pratiquée actuellement, ne puisse être considérée comme le critérium absolu des échanges organiques et, par conséquent, de la nutrition, elle en est cependant un élément d'étude important.

Depuis plusieurs années dans le service de M. le professeur Fournier, j'ai eu l'occasion de faire un grand nombre d'*analyses cliniques* des urines dans les dermatoses et la syphilis. En disant cliniques, je veux parler d'analyses réduites, que tout médecin peut faire lui-même rapidement sans avoir recours à un chimiste.

Ces analyses qui n'ont porté que sur quelques éléments, densité, urée, chlorures, phosphates, ont été faites par les procédés de Regnard à l'hypobromite de soude pour l'urée; par la solution titrée de nitrate d'argent et le chromate neutre de potasse pour les chlorures; par la solution d'azotate d'urane et le ferricyanure de potassium pour les phosphates.

De ces analyses faites à l'hôpital j'ai rapproché le résultat d'analyses plus complètes faites par des chimistes de la Ville, tels que MM. Yvon et Gautrelet, et le dosage de l'acidité fait d'après la méthode de Joulie par M. Terrial.

Il est très difficile de tirer de tous les résultats divers et multiples obtenus ainsi des conclusions fermes et des formules urologiques applicables à tel cas déterminé de dermatose; mais il est néanmoins intéressant d'en énoncer les résultats, même incomplets. Je ne ferai pas mention ici de l'acidité, ni des coefficients urologiques multiples

dont M. Albert Robin a montré toute l'importance dans l'étude de la nutrition.

A ce sujet je ferai remarquer l'intérêt qu'il y a à rapprocher des recherches urologiques l'analyse du suc gastrique et l'examen microchimique du sang.

Les trois éléments, *urologie*, *chimisme gastrique*, *analyse clinique du sang*, constituent en quelque sorte le trépied de toute étude complète des échanges organiques.

La première partie de cette étude est seule indiquée ici en quelques notes succinctes.

Résultats des analyses d'urines par catégorie de dermatoses, groupées artificiellement, la moyenne adoptée pour chaque élément étant par litre, pour :

La densité	1.017 gr.
L'urée	26 —
Les chlorures	8 —
Les phosphates	3 —

Affections eczémateuses à évolution aiguë ou subaiguë :

Densité	1.018	1.021	1.028	1.017
Urée	21.75	16.65	19.75	19.93
Chlorures	8.19	11.00	5.8	5.98
Phosphates	»	»	»	»

Éruptions médicamenteuses (iodure, antipyrine) :

Densité	1.028	1.030
Urée	28.102	4.2
Chlorures	10.73	8.80
Phosphates	2.78	?

Pyodermites :

Densité	1.023	1.020	1.034
Urée	15.37	18.100	27.32
Chlorures	11.70	7.37	12.4
Phosphates	1.75	2.310	2.15

Séborrhéides :

Densité	1.023	1.023
Urée	29.50	24.75
Chlorures	8.90	8.10
Phosphates	2.21	1.98

Psoriasis :

Densité	1.015	1.017
Urée	10.75	15.71
Chlorures	7.60	?
Phosphates	1.28	1.53

Prurigo gestationis :

Densité	?	?	?	1.020	?
Urée	17.23	11.70	6.50	17.93	7.68
Chlorures	9.20	9.60	2.20	9.20	5.60
Phosphates	2.00	1.26	1.11	?	?

Prurigo chez les alcooliques :

Densité	1.025	1.022	1.032	1.020	1.010	1.021	1.021	1.016
Urée	21.77	19.81	30.38	11.52	16.62	24.32	11.70	17.32
Chlorures	14.20	20.00	14.00	9.6	9.20	6.30	15.91	10.99
Phosphates	1.37	1.45	3.16	0.75	1.83	1.39	1.32	»

Pemphigus et maladie de Duhring :

Densité	1.027	1.016	1.015	1.016	1.023	?	1.021	1.026
Urée	25.62	22.70	12.80	22.70	23.95	36.00	27.00	25.62
Chlorures	11.938	4.70	7.20	4.70	4.09	7.36	8.80	14.00
Phosphates	2.44	2.05	?	?	1.45	2.61	2.40	5.00

Affections diverses :

Lupus tuberculeux : Densité 10,32; urée 11,52; chlorures 6,10; phosphates 0.85.

Maladie d'Addison : Densité 10,16; urée 16,39; chlorure 12,25; phosphates 1,22.

Sarcomatose : Densité 10,14, urée 17,93; chlorures 8,30; phosphates 11,2.

Mycosis :

Densité	1.020	1.010	1.016	1.014
Urée	12.810	6.30	8.92	8.82
Chlorures	5.100	7.48	11.11	10.42
Phosphates	1.66	0.98	4.20	1.15

Dans la syphilis, voici, comparativement, les résultats suivant les périodes :

Accidents secondaires :

Densité	1.029	1.018	1.039
Urée	33.80	18.14	39.16
Chlorures	8.90	9.00	?
Phosphates	2.35	1.35	3.44

Accidents tertiaires :

Densité	1.020	1.024	1.011
Urée	15.37	35.12	17.21
Chlorures	5.	5.60	6.43
Phosphates	1.70	2.40	?

Syphilis nerveuse ; neurasthénie et lésions cérébro-spinales.

Densité	1.020	1.019	1.023	?	1.019
Urée	25.10	18.57	30.	22.	15.61
Chlorures	?	7.80	5.35	4.61	10.53
Phosphates	3.002	0.52	0.60	0.44	?

Si l'on cherche à comparer ces résultats qui, je dois le dire, sont tout à fait relatifs, puisque d'une part ils sont évalués au litre, et, d'autre part, ne tiennent compte ni de l'âge, ni du poids, ni du régime, on peut en tirer quelques conclusions d'attente :

Dans les dermatoses aiguës, on note l'augmentation de la densité et des chlorures, la diminution de l'urée et des phosphates; exception faite pour les dermites médicamenteuses d'origine interne, dans lesquelles l'urée et les phosphates ont été trouvés augmentés et les chlorures diminués.

Dans les dermatoses chroniques avec phénomènes nerveux ou cachectiques, la densité, l'urée et les phosphates ont été diminués, les chlorures augmentés.

Dans les dermatoses bulleuses, il existe une variabilité considérable dans les résultats. En général, tous les éléments sont diminués, alors qu'au moment des poussées il existe des modifications considérables dans les rapports des éléments entre eux.

Dans la syphilis à la période secondaire et lorsqu'il existe des lésions viscérales tertiaires, tous les éléments sont augmentés alors que les manifestations nerveuses entraînent une diminution de tous les éléments et une augmentation des phosphates.

Depuis les remarquables travaux de M. Joulie, un nouvel élément a pris une grande importance dans l'urologie clinique : c'est la recherche de l'hypo-acidité, rapportée non à la totalité des urines des 24 heures, mais à l'excédent de densité de l'urine et de ses éléments par rapport à la densité de l'eau à la même température.

Cette recherche est facilitée par ce fait que « l'acidité de l'urine étant due, au moins en grande partie, à du phosphate acide de soude, le titrage, par le sucrate de chaux, n'exige l'emploi d'aucun réactif coloré » (1).

Nous avons entrepris avec M. Terrial, ancien interne des hôpitaux, une série d'analyses basées sur le procédé de M. Joulie. Les chiffres suivants sont à rapprocher des normales que voici :

Densité corrigée à 15° C (D) = 1.017.8
Acidité totale en SO^4H (A) = 0.849.
Acide phosphorique en PO^5 (Ph). = 2.083.
Rapport de l'excédent de densité de l'acidité (R. A.) = 4.55
Rapport de l'excédent de densité de l'acide phosphorique (R. Ph.) = 11.17.

Diagnostics (2)	D.	A.	Ph.	R.A.	R. Ph
Psoriasis................	1.017.8	0.343	1.562	1.92	8.88
Psoriasis................	1.018.8	0.343	1.674	1.81	8.88
Pelade généralisée......	1.024.9	0.245	1.897	0.98	7.60

(1) Voir *Urologie pratique et Thérapeutique nouvelle*, par H. Joulie, Paris, 1901.
(2) Tous ces cas se rapportent à des hommes.

Tuberculose cutanée....	1.022.9	0.355	1.785	1.54	7.78
Ichtyose...............	1.019.7	0.343	2.009	1.73	10.17
Mycosis................	1.015.9	0.318	1.004	1.99	6.29
Eczéma corné...........	1.023.7	0.612	1.442	2.57	6.07
Éruption par emplâtre de Vigo...............	1.022.0	0.000		0.00	
Éruption toxique........	1.026.9	0.539		1.99	
Eczéma aigu............	1.033.9	0.686		2.02	
Eczéma séborrhéique....	1.009.06	0.122		1.34	
Psoriasis..............	1.012.84	0.147		1.14	
Dermite variqueuse......	1.024.84	0.612		2.46	
Psoriasis..............	1.029.34	0.563		1.91	
Tuberculides...........	1.018.89	0.343		1.81	
Psoriasis..............	1.094.95	0.000		0.00	
Hydrargyrie............	1.022.06	0.588		2.66	

D'après ce tableau on voit que dans les dermatoses l'hypo-acidité et l'hypophosphatie sont habituelles.

Il en résulte que l'indication thérapeutique est de relever l'acidité et les phosphates. Dans ce but, M. le Dr Cautru, qui a longuement traité la question de l'hypo-acidité au Congrès international de médecine de 1900, en l'envisageant au point de vue de l'arthritisme, conseille la médication suivante lorsqu'il y a hypo-acidité constatée.

1° Augmentation des boissons aqueuses en évitant les eaux alcalines;

2° Relever la phosphatie en prenant au réveil, dans un verre d'eau, un des paquets suivants:

Phosphate de soude pur, 3 grammes;

3° Et au milieu des deux principaux repas, dans un verre de boisson, une cuillerée a café d'une solution de:

Acide phosphorique médicinal.......	17 gr.
Eau distillée, q. s. pour.............	250 cent. cubes.

On augmente au bout de quatre jours d'une cuillerée à café par repas jusqu'à concurrence au huitième jour, d'une cuillerée à soupe matin et soir.

Ce traitement doit être continué pendant quinze jours à trois semaines et les urines vues tous les mois.

Pour éviter les troubles digestifs : douleur, ballonnement, M. Cautru conseille de prendre, deux heures après les repas, un paquet de 1 gramme de carbonate de chaux précipité délayé dans un peu d'eau.

Telle est la médication rationnelle basée sur la méthode urologique nouvelle de M. Joulie. Quelques essais entrepris dans ce sens sont encore assez peu nombreux et insuffisants pour me permettre d'émettre le moindre avis. Quelle que soit la médication locale employée

dans les dermatoses, la médication générale doit entrer en ligne de compte ainsi que l'enseigne l'École dermatologique française. C'est pourquoi l'étude urologique des dermatoses pourra peut-être donner quelques éléments pour établir une thérapeutique rationnelle basée sur la physiologique pathologique de l'affection autant que sur sa cause et ses lésions. C'est ce que fait espérer la direction nouvelle donnée dans ces derniers temps à l'étude pathogénique des affections cutanées. Déjà, en effet, MM. Robin et Leredde ont insisté sur l'étude des fermentations gastriques ; de nombreux travaux démontrent l'importance de l'examen du sang : numération globulaire, hémochromométrie, cryoscopie, séro-diagnostic ; depuis les communications de M. Jacquet, l'étude urologique joint ses indications à celles tirées de l'examen du suc gastrique et du sang, et bientôt une étude plus approfondie des réactions sudorales pourra servir à compléter la physiologie pathologique des dermatoses.

Troubles du chimisme sanguin et urinaire dans la pelade.

Par MM. Jacquet et Portes.

L'un de nous a précédemment indiqué comme caractères principaux de l'urologie des peladiques, la polyurie, l'hyperchlorurie, l'hypophosphaturie et l'hyposulfaturie. Nous avons étendu ces recherches à 59 cas de pelade de toutes variétés.

Nous pouvons aujourd'hui confirmer ces premiers resultats en y ajoutant une distinction basée sur la division en grandes et moyennes pelades, pelades au début et pelades en repousse. On en peut induire que, *d'une manière générale* et sauf exceptions qui s'expliqueraient peut-être par la connaissance du « coefficient urologique » de chaque malade, le maximum de défaillance de la trichopoièse semble correspondre au maximum de la viciation nutritive.

On peut en conclure aussi à la grande importance de l'*hyperchlorurie*, dont nous avons poursuivi l'étude, en découvrant par l'analyse chimique du sang *l'hypochlorémie* manifeste qui l'accompagne ; il semble donc assuré que les peladiques souffrent d'une véritable *déchloruration*, et ce fait joint à la notion de la force tonique des injections chlorurées et des hypotonies locales et générales dans la pelade, permet de prévoir l'action très bienfaisante des injections de chlorure de sodium dans cette dermatose, donnée confirmée par l'expérience.

Nous ne pensons point d'ailleurs qu'il s'agisse là de troubles hémo-urologiques spéciaux ni qu'on puisse parler à ce sujet de « formule urologique ». Il est plus probable que chez un très grand

nombre de sujets il y a ainsi création d'un « humus dystrophique » commun à un très grand nombre de troubles morbides.

En outre, nous avons pu suivre en série les modifications urologiques évolutives de deux cas en particulier, et de même que la défaillance maxima de l'énergie pilaire, en des séries classées de faits comparées entre elles, semble correspondre dans l'ensemble au maximum de viciation urologique, de même la *rectification* individuelle progressive du taux des excreta et de leurs rapports semble favoriser la renaissance de la trichopoièse.

Au total, nous sommes de plus en plus éloignés de la doctrine parasitaire et portés à voir dans la pelade *un trouble trophique local, greffé sur un trouble trophique général, simple épisode en surface de cette dystrophie profonde.*

M. Baudouin. — En de semblables recherches, il est très important de tenir compte de l'âge, de la taille et du poids des malades.

J'ajoute qu'il ne suffit pas de donner à un malade l'élément minéral qu'il élimine en excès pour remédier aux déperditions révélées par l'examen des urines.

M. Sabouraud. — Les recherches de M. Jacquet sont extrêmement intéressantes. J'ai étudié la formule urinaire chez les chauves, et j'ai constaté chez eux de l'hyperchlorurie et de l'hypophosphaturie.

M. Barthélemy. — Je me joins à M. G. Baudouin pour dire à M. Jacquet que, pour que les analyses d'urines soient tout à fait satisfaisantes, il faut non seulement avoir la totalité des urines émises en vingt-quatre heures, mais qu'il faut tenir compte de l'âge, de la taille et du poids de chaque malade, et aussi de l'alimentation très exactement désignée en qualité et en quantité. Telles sont les conditions qui sont exigées maintenant, et ce sont celles notamment qui sont remplies dans le laboratoire de notre collègue le Dr Bar, à Saint-Antoine. Ce sont les objections qui m'ont été récemment adressées à propos d'un cas d'*urines absolument vertes* que je publierai prochainement, urines que j'ai fait voir à Saint-Louis à M. Fournier et à son service.

Je n'en trouve pas moins très importantes les recherches de M. Jacquet. Je souhaite même que pareille étude soit faite pour chaque dermatose en particulier, et surtout pour la syphilis. Il serait même précieux de connaître la formule urinaire avant et après ces maladies. Mais après ce tribut d'éloges bien sincères apporté sans réserve à l'effort considérable et au travail dont les résultats viennent d'être exposés d'une manière si intéressante, je dois dire que je considère cette étude comme celle du terrain le plus favorable au développement de la pelade. C'est la grande question de la graine et du terrain qui agite depuis si longtemps les observateurs et les cliniciens, qui devrait d'ailleurs les réunir plutôt que les diviser. Pour ma part, j'en ai touché quelques mots en 1896, au Congrès de Nancy, en montrant que les complications similaires des maladies les plus différentes étaient souvent régies et même déterminées par le terrain. C'est ainsi que je rapportais l'histoire de trois sœurs qui étaient albumi-

nuriques pour trois raisons diverses, l'une par la syphilis secondaire, l'autre par la scarlatine, la troisième par la fièvre typhoïde. Dans un autre cas, le père et le fils étaient tous deux atteints de phlegmatia, l'un par une pneumonie grippale, l'autre par une fièvre typhoïde. Dans un troisième exemple, la syphilis avait tué trois vieillards, trois frères, l'un par le tabes, l'autre par la paralysie générale, le troisième par artérite cérébrale, hémiplégie et gâtisme. Ne peut-on pas conclure de ces faits, faciles à multiplier, que les affections se portent sur le point le plus faible et que ce terrain est souvent rendu tel par une prédisposition de famille, par la constitution même des sujets de même sang.

J'attache donc, pour ma part, une grande importance à l'étude du terrain sur lequel se développent les maladies.

Je désire protester, en ce qui me concerne et jusqu'à preuve du contraire que je n'ai encore trouvée jusqu'ici nulle part, contre l'abandon de la notion si claire, si lumineuse, si précieuse de la nature parasitaire de la pelade. J'y reste, pour ma part, invinciblement attaché. Sans doute, je sais bien que nombre de cas seront cités, où tel mari peladique a cohabité de longues années avec une épouse restée saine, ou inversement; mais il faut tenir compte de la réceptivité, et beaucoup de cas de tuberculose ou d'érysipèle ou même de scarlatine restent dans les familles sans se propager à l'entourage, sans qu'il vienne à l'idée de douter de la contagiosité de ces maladies. Les faits négatifs ne peuvent me faire oublier des faits positifs : tels sont, par exemple, ceux que nous a jadis rapportés M. Besnier. Quatre employés travaillaient dans un même bureau de la gare du Nord; tous quatre d'âge, de santé, d'alimentation fort différents. Tous quatre prirent la pelade en se servant tour à tour de la même coiffure. En vérité, ce fait est topique, et je ne puis croire que ces quatre personnes ont simultanément fait sans cause des troubles trophiques ayant abouti à une pelade. Ce fait et d'autres me portent à garder ma conviction de la nature parasitaire ou tout au moins para-parasiiaire de la pelade.

M. Jacquet. — Il est tout à fait exact qu'il vaudrait mieux connaître les éléments auxquels MM. Baudouin et Barthélemy font allusion, et établir de ce chef les corrections nécessaires; nous pensons même qu'un seul coefficient urologique est pleinement valable; le coefficient urologique *individuel*. Mais à défaut, on doit le remarquer, nos constatations subsistent indépendamment de toute *correction;* on aurait en les faisant des résultats plus précis encore, voilà tout, et nous ne demandons qu'à les voir cherchés et obtenus par d'autres.

Quant à l'amélioration des peladiques par les injections de chlorure sodique, c'est un *fait*, que l'on pourrait se borner à constater empiriquement; il arrive de plus qu'il est d'accord avec notre théorie, c'est tant mieux pour elle; mais avant tout et surtout c'est un fait.

M. Sabouraud. — Je n'ai eu, en effet, qu'à me féliciter de l'emploi de ces injections, que je pratique chez les peladiques depuis 1893.

Sur un cas de neurofibromatose avec scoliose.

Par M. Audry

Voici, brièvement résumée, une observation tout à fait typique de neuro-fibromatose où l'on trouve une scoliose comme dans les faits de Lotzbeck, de Leredde et Bertherand, de Jeanselme, et comparable à la cyphose précédemment signalée par P. Marie. Enfin, on la rapprochera de l'ostéomalacie signalée dans l'autopsie de Lévi et de Hoisnard.

Dans le cas présent, on note non seulement l'hérédité neuro-fibromateuse qui est en somme assez banale, mais encore l'hérédité de la scoliose, qui est tout à fait significative et laisse peu de doutes sur l'existence de rapports étroits entre la déviation vertébrale et la maladie de Recklinghausen.

X..., âgé de 41 ans, a présenté dès l'enfance des taches brunes ou café au lait disséminées sur la peau du dos. Il est très difficile de savoir exactement à quelle date apparurent les tumeurs; mais le malade paraît s'en préoccuper depuis huit ou dix ans, et il affirme que, depuis trois années, elles se sont multipliées ou accrues.

Quand il se présenta à mon observation, il offrait un type accompli de neuro-fibromatose, taches pigmentaires variant du brun au jaune clair, mollusca nombreux, déjà pendula dans un certain nombre de points (au cou, etc.), saillies circulaires, flasques, molles, enfin petites tumeurs plus petites, également arrondies et molles, à peine saillantes, colorées en rouge, violacés.

Toutes ces lésions étaient absolument généralisées; ni les mains, ni la face n'étaient respectées.

Au point de vue nerveux, le malade ne présente pas de troubles bien accusés ; il est d'une intelligence moyenne, mais bavard, et extraordinairement excitable. Cette excitabilité est telle qu'à l'occasion d'une suppuration du tympan, il consulta M. Pitres, à Bordeaux, qui ne paraît d'ailleurs avoir relevé aucun accident bien positif.

Il présente une scoliose dorso-lombaire gauche assez prononcée ; pas de traces de rachitisme.

Ses ascendants n'ont présenté, dit-il, aucun accident comparable aux siens ; il a une sœur très nerveuse. Enfin, sa fille, âgée de 15 ans, bien portante d'ailleurs, présente sur tout le corps des taches pigmentaires nombreuses; et elle a été heureusement traitée d'une scoliose moyennement prononcée par mon collègue et ami le professeur Jeannel.

Je n'ajouterai rien à cette observation un peu grossière, elle n'est pas aussi complète que j'aurais désiré; mais cliniquement, le fait est parfaitement caractérisé, et l'existence de la scoliose trop facilement appréciable pour qu'on puisse éprouver quelques doutes à son sujet.

Le Secrétaire,

L. Brodier.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné.

Traitement de l'acné rosée par l'extrait de capsules surrénales (A note on the treatment of the early stages of acne rosacea, etc.), par W. Munro. *Australasian medical Gazette*, 20 décembre 1900, p. 496.

M. emploie l'extrait de capsules surrénales à l'extérieur et à l'intérieur. A l'extérieur, il fait badigeonner la face avec une dissolution de pastilles d'extrait surrénal (soloids de Burroughs et Wellcome) ; il en résulte une vive sensation de cuisson et une rougeur passagère. Ces phénomènes ne se reproduisent pas aux applications suivantes. A l'intérieur, il donne ces mêmes pastilles de capsules surrénales, à dose variable, suivant la tolérance.

Dans un certain nombre de cas dont il donne l'observation détaillée M. a obtenu de très bons résultats. Il emploie en même temps les moyens usuels ; mais ses observations portent sur des cas où les moyens usuels n'avaient donné que des résultats incomplets. W. D.

Dermographisme.

Cas spécial de dermographisme (Ueber einen eigenthümlichen Fall von Dermographismus), par Fabry. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIV, p. 111.

Femme de 63 ans, ayant eu, vers l'âge de 60 ans et demi, des sugillations aux paupières supérieures qui persistaient quinze jours, disparaissaient et revenaient de nouveau, sans provoquer de malaises spéciaux ; ensuite, il survint du prurit au cou et à la poitrine, ce qui obligeait la malade à se gratter. Le grattage déterminait des stries sanguinolentes qui persistaient pendant des semaines, puis disparaissaient peu à peu. Ces symptômes augmentèrent avec le temps, d'anciennes taches disparurent, de nouvelles survinrent. Un an environ avant la mort de la malade, il se produisit un œdème considérable de la langue, au point d'être au moins cinq fois plus grosse qu'à l'état normal; l'alimentation devint très difficile et la malade succomba dans le marasme.

Il s'agissait bien d'urticaire artificielle ou de dermographisme, mais ne présentant pas ses caractères habituels.

Cette observation est intéressante en ce que des hémorrhagies survenaient en même temps que les éléments éruptifs. Tandis que les plaques ortiées saillantes s'affaissaient au bout de quelques minutes, les bandes rouge purpurique persistaient pendant des semaines pour disparaître peu à peu dans l'espace d'environ deux à quatre semaines, sans laisser de pigmentations comme dans l'urticaire pigmentaire. Les plaques ne survenaient pas spontanément; elles étaient provoquées par des traumatismes tels qu'une simple pression des vêtements ou un léger grattage.

Le diagnostic porté fut urticaire chronique hémorrhagique. On ne put faire ni biopsie ni nécropsie. A. Doyon.

Érythrodermie pityriasique.

Cas d'érythrodermie pityriasique en plaques (Case of Brocq's erythrodermie pityriasique en plaques disséminées), par J. White. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, décembre 1900, p. 536.

I. — Homme de 38 ans, parfaitement robuste et bien constitué. Le tronc, la face et les membres sont couverts d'une éruption formée de plaques rouges arrondies bien limitées, mesurant de 1 demi-pouce à 2 pouces, parfois confluentes, de teinte uniforme, sans infiltration, épaississement de la peau ni saillie. Ces plaques sont rouge vif sur la face, plutôt brunâtres sur le tronc et surtout aux membres inférieurs; elles sont très faiblement squameuses à la face et aux jambes, sans aucune desquamation ailleurs; il n'y a aucune douleur ou démangeaison. Depuis douze ans, cette éruption se montre tous les ans en automne, et disparaît au printemps : elle est plus abondante maintenant que dans les premières années ; au début de la saison, les plaques sont plus petites ; mais, chaque année, elles reparaissent aux mêmes endroits. Quand elles disparaissent, elles pâlissent sur toute leur étendue à la fois.

L'examen microscopique a montré la couche cornée amincie ; la couche granuleuse manque presque complètement ; la couche épineuse est œdématiée; les cellules sont déformées, souvent mal colorées et envoient des prolongements intra-dermiques assez longs. Dans le derme on trouve la couche papillaire épaissie et pauvre en fibres élastiques ; il y a une infiltration de lymphocytes plus abondante autour des vaisseaux. Peu de mastzellen, pas de cellules plasmatiques, pas de microbes.

Ce cas est presque identique à celui qui a été publié par Brocq sous le titre de érythrodermie pityriasique en plaques disséminées ; mais W. pense que ni son cas, ni celui de Brocq ne peuvent être identifiés avec les faits décrits par Unna, de Santi et Pollitzer sous le nom de parakeratosis variegata dans lesquels il y avait une réelle saillie des plaques.

II. — Une deuxième observation est celle d'un homme de 26 ans, chez qui l'éruption date de deux ans au moins et s'accompagne d'un léger prurit nocturne. Elle couvre les deux faces du tronc et elle est formée de plaques bien limitées de 1 à 6 pouces de diamètre, à contour net, mais irrégulier ; leur couleur varie du rose tendre au brun café au lait ; elles sont couvertes de fines squames très adhérentes. Sur les membres on retrouve quelques plaques, mais plus petites et plus squameuses, ressemblant un peu à de l'eczéma séborrhéique.

Les coupes montrent une couche cornée irrégulière, mais assez épaisse ; la couche granuleuse manque presque complètement ; la couche épineuse est formée de cellules irrégulières, souvent mal colorées. Le derme contient de longs prolongements épidermiques ; il est infiltré de lymphocytes, surtout autour des vaisseaux ; il est manifestement œdématié. W. D.

Favus.

Du favus chez les nouveau-nés (Favus bei Neugeborenen), par F. Schleissner. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIV, p. 105.

En dehors des cas d'expérimentation, on a eu rarement l'occasion d'assister au début du favus. S... rapporte deux cas de favus chez des nouveau-nés. Le premier enfant, âgé de 9 jours, présentait sur la joue

gauche, au-dessous de la région zygomatique, trois plaques ayant environ la dimension d'une lentille, légèrement saillantes, qui au début ressemblaient aux érythèmes par morsure de punaise. Le lendemain il n'y avait pas de modification essentielle, sauf une infiltration un peu plus prononcée. Le troisième jour apparurent des efflorescences analogues sur la joue droite. Dans l'intervalle, les anciennes plaques s'étaient élargies ; au centre, il se développa de petites papules miliaires ou submiliaires, semblables à de l'herpès, et des vésicules jaunâtres qui se désagrégeaient rapidement et laissaient à leur place, au centre des efflorescences, une fine desquamation lamelleuse.

La mère présentait sur le cuir chevelu des lésions de favus scutulaire dans lesquelles on constata la présence de l'achorion, de même que chez l'enfant. Il se développa rapidement chez l'enfant de nouveaux foyers faviques sur le cuir chevelu, sur les oreilles, le thorax, le dos; vers le septième jour de la maladie, on remarqua sur le cuir chevelu des petits amas jaune soufre de la dimension d'un grain de pavot à celle d'une tête d'épingle, traversés par un cheveu, qui n'étaient autres que des godets.

L'enfant fut isolé, mais néanmoins on trouva, chez un autre enfant âgé de 15 jours, sur la protubérance frontale droite une efflorescence ovale dont les squames renfermaient des myceliums et des gonidies. La mère de cet enfant resta tout à fait indemne.

Cliniquement, le premier cas est intéressant en ce qu'il montre la grande disposition de l'enfant à la maladie tandis que chez la mère l'affection resta pendant treize ans localisée au cuir chevu sans s'étendre à d'autres régions de la peau, chez l'enfant, dans l'espace de huit jours le visage tout entier, les oreilles, le cou et enfin le tronc furent envahis.

Dans les deux cas, S. a pu observer le début de la maladie sous la forme décrite par Pick sous le nom de favus maculeux. Sur les joues la période préherpétique de Köbner était très nettement caractérisée. La durée d'incubation du favus fut dans le premier cas tout au plus de huit jours, dans le second de six jours. Ces résultats concordent avec ceux observés dans l'inoculation artificielle du favus. A. Doyon.

Néoplasmes cutanés.

Myômes multiples de la peau (Zur Kenntnis der multiplen Hautmyome), par T. v. Marschalko. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1900, t. XXXI, p. 313.

M. rapporte l'observation d'un homme de 28 ans, chez lequel il s'est développé depuis huit ans, sur la partie antérieure de la jambe droite, sur une étendue d'environ deux fois la paume de la main, plus de 100 nodosités très dures, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un haricot, les unes confluentes, les autres disséminées. Ces nodosités occupent la peau même et sont mobiles avec elle. Les plus petites sont d'un brun pâle, jaunâtre, les plus volumineuses, rouge bleu; elles ont une forme sphérique, ovale ou légèrement conique, parfois plus irrégulière, polygonale. Des lésions analogues existent sur la région sternale; entre le sein gauche et le sternum, la peau, sur un espace grand comme la paume de la main, est envahie par les mêmes tumeurs quoique moins confluentes. Sur la face antérieure de la moitié inférieure de la cuisse

gauche, on trouve 40 à 50 tumeurs semblables, disséminées, ayant presque toutes la grosseur d'un pois; enfin quelques-unes, plus petites, sont disséminées sur le tiers inférieur de la cuisse droite. Le reste de la peau ne présente rien d'anormal.

Si l'on passe la main très doucement sur les tumeurs, le malade accuse des sensations douloureuses vives, notamment au niveau des plus volumineuses ; elles deviennent presque intolérables si on comprime latéralement une des grosses tumeurs ; la compression est beaucoup mieux tolérée si elle est exercée perpendiculairement sur le centre de la nodosité. Mais, outre ces douleurs provoquées par le contact ou la pression, il se produit spontanément deux ou trois fois par jour des paroxysmes douloureux qui durent quelques minutes et disparaissent ensuite complètement ; ces douleurs sont précédées d'un violent prurit dans les nodosités. Avec le mauvais temps les douleurs seraient plus aiguës; les accès, cependant, ne sont pas plus fréquents. M. n'a pas constaté pendant ces accès de changement de coloration des nodosités ; par contre, pendant le paroxysme des douleurs, les muscles du pied sont comme paralysés, de sorte que le malade traîne la jambe en marchant.

L'examen microscopique de deux nodosités excisées a montré qu'il s'agissait de dermatomyomes.

La tumeur proprement dite est encastrée dans le tissu du derme; elle est formée de cellules de muscles lisses se dirigeant en tous sens et se réunissant en faisceaux entre-croisés et a pour point de départ les faisceaux musculaires des arrectores pilorum. Tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique, ce cas rentre exactement dans le cadre des myômes multiples de la peau décrits par Besnier. A. Doyon.

Papillome bénin de l'aine (An unusual case of non-malignant papilloma), par W. Whiteside. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, novembre 1900, p. 507.

Un homme de 38 ans a eu des chancres mous il y a cinq ans et une blennorrhagie il y a deux ans. Vers cette époque il a remarqué une petite tuméfaction dans l'aine gauche; elle a graduellement augmenté et en même temps survenait une certaine gêne dans la miction.

Le malade se présente émacié et épuisé, il a des rétrécissements très étroits, une vessie à colonnes qui ne se vide jamais complètement. Dans l'aine gauche se trouve une tumeur de 12 centimètres sur 7 centimètres, mamelonnée de petits nodules variant du volume d'une tête d'épingle à un pois, laissant suinter en abondance un liquide verdâtre et fétide; la tumeur est ferme, un peu douloureuse, sessile et peu mobile.

L'opération montre qu'elle est exclusivement cutanée, et l'examen microscopique montre un simple papillome sans aucun caractère de malignité. Aussitôt après l'ablation de la tumeur et l'évacuation régulière de la vessie, l'état général du malade s'améliore rapidement. W. D.

Parasites cutanés.

Le Sphalangi de Chypre et ses relations avec l'anthrax (The Cyprus Sphalangi and its connection with anthrax), par G. Williamson. *British medical Journal*, 1er sept. 1900, p. 558.

Les Cypriotes donnent le nom de « Sphalangi » à un insecte hymé-

noptère dont le mâle est ailé et la femelle aptère. Sa larve vit dans les cellules des diverses espèces d'abeilles, du miel qui n'a pas été accumulé pour elle. L'insecte parfait se nourrit de matières animales en décomposition.

La piqûre de cet insecte est considérée comme très dangereuse. Parmi les cas de soi-disant piqûres de sphalangi observés par W., quelques-uns étaient manifestement du charbon et se sont produits dans le voisinage de cadavres d'animaux charbonneux abandonnés ; d'autres, plus bénins, étaient de simples gonflements œdémateux.

W. pense que la piqûre du sphalangi est venimeuse par elle-même et que dans quelques cas elle est infectée par les spores de charbon que l'animal porte sur lui. W. D.

Dermatose ressemblant à la gale et produite par un mucor (A mucor dermatosis resembling Scabies), par Emil Luck. *Medical Record*, 5 août 1899, p. 204.

Le malade est un tisseur de soie âgé de 53 ans. Il a une éruption ressemblant de tous points à la gale par l'aspect des lésions, leur distribution et le prurit nocturne. L. n'a pas réussi à trouver de sillons ni de sarcoptes ; mais en raclant les lésions il a trouvé des filaments qu'il a colorés par le nitrate d'argent et qu'il considère comme appartenant au Mucor corymbifer. Les photographies qu'il en donne ne sont pas convaincantes et ne sauraient dissiper les doutes que laisse la lecture de l'observation. W. D.

Pemphigus.

Cas de pemphigus aigu non contagieux (Ein Fall von Pemphigus acutus non contagiosus), par Besmann. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1900, t. XXX, p. 153.

L'étiologie de cette maladie est actuellement encore presque complètement inconnue, car tous les cas, comme toutes les endémies et épidémies, sont interprétés par les auteurs d'une manière différente, et Hebra a objecté que dans beaucoup de cas le diagnostic de pemphigus aigu provenait d'une confusion avec d'autres maladies de la peau.

B. rapporte un cas de cette affection chez un homme de 60 ans. Toutes les efflorescences et érosions ont été guéries complètement dans l'espace de quinze jours, en ne laissant que de nombreuses taches d'un rouge brun, par des bains, une pommade au zinc et au précipité, et des applications de poudre d'amidon salicylée. A. Doyon.

Pemphigus contagieux des tropiques (Contagiosa bullosa ; pemphigus contagiosus tropicus ; pemphigus contagiosus, epidemic pemphigus), par J. Windisch. *Journal of the American medical Associat.*, 13 janvier 1900, p. 77.

Comme beaucoup de médecins américains, c'est pendant la guerre de Cuba et chez les troupes américaines cantonnées en Floride que l'auteur a observé cette éruption. Elle frappait presque uniquement les soldats originaires des États du Nord. Ceux du Sud étaient indemnes ou peu atteints et, dans ce cas, on pouvait toujours retrouver l'origine de la contagion. Presque tous les régiments des États du Nord furent atteints.

La lésion débute par une petite tache rouge qui grandit peu à peu ; puis en un ou deux jours il s'y forme une petite bulle à contenu clair et

bien tendue. Pendant deux ou trois jours cette bulle grandit, son contenu se trouble et devient purulent en commençant par la partie inférieure ; la bulle, qui atteint alors la grandeur d'une lentille à une pièce de un franc et au-dessus, est peu tendue, flasque et pend en forme de sac, comme une besace. Elle naît directement de la peau saine, sauf dans les cas très intenses où il y a une auréole rouge. Sous les bulles, après leur rupture, on trouve une surface rouge, humide et brillante qui ne tarde pas à se couvrir d'une croûte mince.

L'éruption s'accompagne quelquefois d'une légère démangeaison ; il n'y a pas de fièvre et pas d'adénopathie. L'éruption atteint toutes les parties du corps, surtout celles qui sont macérées par la sueur, mais aussi les parties découvertes, comme la face et même le cuir chevelu.

La maladie dure deux à quatre semaines et atteint tout le monde indistinctement, mais surtout les individus affaiblis.

Elle est devenue plus fréquente dans la saison humide parce que les soldats conservaient constamment les mêmes vêtements souillés.

Dans un certain nombre de cas la contagion a été très nette et souvent ce sont les serviettes qui ont servi de véhicule à la contagion.

Le meilleur traitement consiste à rompre les bulles, laver avec une solution antiseptique et appliquer une pommade au précipité blanc. En vingt-quatre heures l'amélioration est déjà très notable. En même temps les hommes prenaient des bains fréquents et étaient placés dans de grandes tentes aérées où la température était plus supportable. W. D.

Pilaire (Affections du système —).

Monilethrix, par W. Ruggles. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, novembre 1900, p. 500.

Médecin, 36 ans, sans autres antécédents pathologiques qu'un prurit essentiel des cuisses provoqué par le contact de l'eau. L'altération des poils s'est montrée depuis plusieurs années et s'est constamment étendue. Elle occupe uniquement les jambes, surtout les mollets, et à un moindre degré les faces externe et antérieure. Les régions atteintes paraissent glabres, la plupart des poils étant cassés ras ; cependant quelques-uns sont plus longs et déviés. Les poils malades présentent la succession ordinaire de renflements et d'étranglements. Ce cas diffère de la généralité en ce que le pigment est aussi abondant dans les étranglements que dans les renflements, et que la succession n'est pas régulière ; il y a des renflements ou des étranglements particulièrement longs ou courts. Sur les cuisses on trouve des poils qui paraissent moniliformes au premier abord, mais qui ne sont que des poils plats tordus suivant leur axe. R. insiste sur cette cause d'erreur. W. D.

Trichorrhexie noueuse des poils du pubis, contribution à la symbiose des bactéries (Ueber Trichorrhexis nodosa der Schamhaare, zugleich ein Beitrag zur Symbiose der Bacterien), par C. Beck. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1900, t. XXXI, p. 361.

Ce cas montre non seulement que la trichorrhexis nodosa occupe le pubis, mais que cette région peut en être la localisation exclusive.

Chez un médecin, B. trouva, limitée à la région pubienne, une trichorrhexis nodosa caractérisée. Au premier abord on aurait pu croire qu'il

s'agissait de phthiriase, que les poils étaient recouverts de lentes. En même temps, il existait un eczéma très prurigineux, humide ou squameux, correspondant comme étendue au territoire de la maladie des poils.

On cultiva des poils malades sur un tube d'agar et il se développa, au bout de un à deux jours, deux espèces de cocci formant, l'une, des colonies blanches, arrondies, aplaties, brillantes comme de la porcelaine ; l'autre, des colonies ayant la même forme et le même éclat, mais d'un jaune soufre. Tandis que le coccus blanc peut être cultivé sur tous les terrains de culture, les colonies jaunes restèrent toujours complètement stériles sur l'agar agar, la gélatine, les pommes de terre, le sérum sanguin ; ce qui permet de supposer que le coccus jaune a besoin, pour se développer, de la présence du coccus blanc.

On ne saurait décider si et comment les deux espèces de cocci participent ensemble ou séparément au développement de la trichorrhexie, car les expériences de transmission ont été négatives. B. frotta avec les cultures des deux cocci la région pubienne d'un homme sain et, après plusieurs semaines d'observation, il ne constata pas de lésions pilaires. Un cobaye, dont il frictionna les poils avec les cultures des deux cocci et auquel on fit une injection sous-cutanée d'une culture des deux parasites, resta également sain.

Il est aussi difficile de se prononcer sur le rapport existant entre l'eczéma et la trichorrhexis.

B., en tenant compte des caractères cliniques du cas actuel, de la marche de la maladie et du résultat de l'examen microscopique, regarde comme très vraisemblable qu'une disposition à la dissociation des poils était occasionnée par une cause quelconque qui détermina de petites lésions microscopiques des poils, des fentes de la cuticule. Les bactéries qui existent en grand nombre sur la peau saine, mais principalement sur la peau eczémateuse, se fixent sur les points lésés, se multiplient et séparent mécaniquement par leur masse ou chimiquement par leurs toxines les fibrilles capillaires. Ces microorganismes n'ont rien de spécifique.

N'importe quel saprophyte qui trouve à se nourrir dans les poils peut provoquer leur dissociation, quand les conditions fondamentales existent. Ces causes étaient peut-être produites ici par l'eczéma et le prurit ; l'eczéma, en diminuant le contenu graisseux des poils, augmentait leur friabilité et leur vulnérabilité ; le prurit et le grattage amenèrent la lésion première qui favorisait le développement des bactéries. A. Doyon.

Cas d'hypertrichose généralisée et de puberté précoce (Ein Fall von Hypertrichosis universalis und fruhzeitiger Geschlechtsreife), par E. Lesser. *Zeitschrift f. klinische Medicin*, 1900, t. XLI.

Fillette de 6 ans qui à sa naissance, dit-on, ne présentait rien d'anormal. A l'âge de 2 ans, les seins commencèrent à se développer lentement ; à 3 ans, les règles apparurent pour la première fois et se renouvelèrent 8 à 9 fois dans l'espace de dix-huit mois ; mais depuis un an et demi elles se sont arrêtées. Il y a dix-huit mois on constata sur tout le corps, à l'exception des mains et des pieds, un accroissement de la pousse des poils.

Les parents de la malade sont bien portants, et ils ne présentent aucune anomalie du système pileux ; chez deux de ses frères, il y a un développement prématuré de la barbe.

Actuellement la malade est d'une constitution extrêmement robuste : les muscles sont très développés, particulièrement ceux des cuisses ; le pannicule adipeux est abondant. Le pigment de toute la surface cutanée est augmenté. Les seins sont très développés, plus gros que le poing et ressemblent à ceux d'une fille de 18 à 20 ans bien constituée. Le visage est encadré de favoris noirs ; la lèvre supérieure est recouverte d'une fine moustache de couleur foncée, courte comme celle d'un jeune homme de 16 à 17 ans ; poils lanugineux sur le front et les joues. Le reste du corps est très velu ; les poils sont particulièrement gros et compacts dans les creux axillaires, sur la ligne blanche, la région pubienne, le mont de Vénus, au voisinage de l'anus, sur les parties inférieures de la région fessière, sur le sacrum. Les dents ne présentent pas d'anomalies, ni dans leur forme ni dans leur implantation.

Ce cas rentre incontestablement dans la catégorie des hypertrichoses vraies qu'il faut nettement distinguer de la pilosité exagérée (hommes velus et hommes-chiens), qui est toujours accompagnée d'anomalies dentaires, et dans laquelle on a en réalité affaire à une hypotrichose, à un arrêt de développement, c'est-à-dire à une persistance et à une formation anormales du revêtement pilaire fœtal. Ce cas prouve, de la façon la plus évidente, que l'hypertrichose vraie est dans ce cas en rapport avec une puberté précoce. A. Doyon.

Rhinosclérome.

Des Plasmazellen dans le tissu du rhinosclérome, et leur dégénérescence hyaline dans le rhinosclérome et dans d'autres processus pathologiques (Die Plasmazellen im Rhinoscleromgewebe ; ins besondere über die hyaline Degeneration derselben auch bei einigen anderen pathologischen Processen. Ein Beitrag zur Kenntniss der sogenannten Russel'schen Körperchen), par T. v. Marschalko. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIV, p. 234.

Ce travail comprend la deuxième et dernière partie du mémoire de M. sur l'histologie du rhinosclérome dont nous avons donné les conclusions (voir *Annales de Dermatologie*, 1900 p. 1267).

Les Plasmazellen ont dans le tissu du rhinosclérome la même importance et jouent le même rôle que dans d'autres processus pathologiques. Elles ne participent en rien à la structure du tissu scléreux spécifique, et c'est seulement l'infiltration cellulaire inflammatoire non spécifique qui est surtout modifiée par ces cellules. La plupart de ces cellules sont détruites dans le tissu du rhinosclérome consécutivement à une métamorphose régressive, quoiqu'il soit vraisemblable qu'une partie participe par développement progressif à la structure du tissu conjonctif de nouvelle formation qui est particulièrement accusé dans le rhinosclérome.

Les éléments décrits sous le nom de cellules « hyalines » ou « colloïdes » du rhinosclérome ne sont que des cellules plasmatiques ayant subi une modification spéciale que, dans l'état actuel de nos connaissances, on peut considérer comme une dégénérescence hyaline de leur protoplasma. Le corps de la cellule devient plus volumineux et il se produit dans le protoplasma d'abord de très petits globes à contours très nets et fortement réfringents qui remplissent toute la cellule, de sorte qu'il ne reste

plus du protoplasma qu'une charpente spongieuse très fine entre les globes ; puis ces petits globes isolés se réunissent pour former des globes plus volumineux, de forme ronde, parfois ovale, très réfringents et à contours très nets. Enfin la membrane cellulaire éclate et les globes deviennent libres. Le noyau de la cellule est au début très bien conservé, plus tard il dégénère, car il est repoussé par l'accroissement continu des globes soit vers la paroi, soit au centre de la cellule ; il prend ensuite les formes les plus différentes, est aplati, comprimé en forme de biscuit ou de faucille, etc. ; enfin le noyau est brisé et détruit. Mais, même dans les périodes ultérieures, on peut encore, à côté des globes devenus libres ou entre eux, reconnaître çà et là les reliquats du noyau cellulaire. Il est remarquable que les globes les plus petits comme les globes volumineux présentent une acidophilie caractérisée, une grande affinité pour les matières colorantes acides de l'aniline, qui les colorent d'une manière effective, et que dans un mélange des couleurs basiques et acides ils prennent constamment les couleurs acides.

Dans la solution de picrorubine d'Apathy, ils prennent principalement le picrate d'ammonium et, dans les préparations de M., se colorent en jaune foncé, avec une légère teinte orange.

En conséquence, on pouvait déjà admettre à priori que les cellules hyalines et les globes hyalins libres, qui d'ailleurs ne renferment jamais de bactéries de rhinosclérome, ne sont pas les éléments spécifiques du tissu rhinoscléromateux. Cette hypothèse a été confirmée par les recherches de M. qui a pu démontrer la présence, parfois en nombre considérable, des mêmes Plasmazellen en dégénérescence hyaline et des globes hyalins libres dans des scléroses syphilitiques, des carcinomes, des sarcomes et dans un cas d'ulcère chronique de l'estomac.

Les éléments décrits sous le nom de corpuscules de Russel ou de corpuscules colorés par la fuchsine, dans le tissu du rhinosclérome ainsi que dans les carcinomes et les sarcomes, ne sont donc que des globes hyalins devenus libres, de simples produits de désintégration cellulaire et non des parasites.

Mais les recherches actuelles de M. indiquent avec une grande vraisemblance que les éléments décrits sous le nom de corpuscules de Russel dans les processus pathologiques les plus différents représentent partout des formations identiques aussi bien au point de vue morphologique qu'au point de vue tinctoriel, ainsi que quant à leur genèse et à leur signification. En effet, M. a pu constater cette identité partout où il a trouvé jusqu'à présent des corpuscules de Russel, c'est-à-dire des globes hyalins libres, même les cellules qui les produisent, les Plasmazellen en dégénérescence hyaline, et remarquer que ces corpuscules procédaient toujours des Plasmazellen. M. doit néanmoins reconnaître que, pour arriver à la solution définitive de cette question, il faudrait examiner tous les processus pathologiques dans lesquels on a décrit ces corpuscules.

Des recherches ultérieures sont nécessaires pour savoir si les éléments décrits sous le nom de corpuscules de Russel dans des organes normaux représentent des formations identiques aux Plasmazellen; et s'il faut leur

assimiler les corps colloïdes ou hyalins décrits dans les cellules épithéliales des carcinomes par Török, Tommasoli, Unna, etc,

En dehors des bactéries de rhinosclérome, les seuls éléments spécifiques de cette affection sont donc les cellules de Mikulicz. A. Doyon.

Zona.

Zona dans les méningites (Meningitic herpes), par W. Evans. *British Journal of Dermatology*, mars 1900, p. 83.

L'herpès zoster est dû, soit à une lésion des ganglions rachidiens ou de leurs équivalents, soit à une lésion des racines ou des troncs nerveux. Cela peut produire une différence dans la topographie de l'éruption quand il s'agit des nerfs crâniens ou de ceux des membres, mais non pour les intercostaux. Il peut survenir dans plusieurs formes de méningite.

Le zona est une des manifestations cutanées les plus fréquentes dans la méningite cérébro-spinale épidémique. Il affecte soit les nerfs crâniens, soit les nerfs rachidiens ; sa distribution est assez irrégulière, mais il tend à affecter de préférence telle ou telle partie suivant les épidémies.

Dans la méningite tuberculeuse, le zona est rare, il s'observe plutôt dans la méningite non tuberculeuse de la base chez les enfants, de sorte que son apparition atténue légèrement le pronostic.

Il peut être un symptôme précoce de la méningite consécutive aux lésions de l'oreille moyenne et affecte généralement une branche de la 5e paire.

Le zona méningitique a une grande tendance à être bilatéral, surtout quand il survient dans la méningite cérébro-spinale, et cela explique l'opinion assez répandue que le zona bilatéral du tronc est d'un pronostic fatal. Le zona méningitique répond toujours à la distribution d'une racine nerveuse et non d'un tronc nerveux ; il est un peu plus persistant que les autres formes. W. D.

Anatomie pathologique de l'herpès zoster (Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster), par W. Kopytowski. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIV, p. 18.

Dans ces quatre dernières années, K. a étudié au point de vue histologique 16 cas d'herpès zoster. Il expose en détail l'histoire de ses malades.

Les lésions cellulaires observées peuvent se grouper de la manière suivante :

1. — Cellules avec noyaux rétractés prenant fortement les réactifs colorants du noyau. Ces cellules renferment constamment des espaces libres autour de noyaux de différentes dimensions ; le protoplasma se réunit aux bords des cellules et souvent on ne le distingue pas en colorant la membrane cellulaire.

2. — Cellules où le protoplasma, malgré la rétraction du noyau fortement coloré, remplit toute a cellule. Ici le protoplasma se colore fortement et uniformément. Parfois les noyaux se nécrosent et des granulations de chromatine se détachent ; on obtient alors de petits plateaux cornés, homogènes qui se colorent comme de l'épiderme kératinisé.

3. — Cellules avec noyaux vésiculiformes. Ces cellules sont d'ordinaire sphériques ou oviformes ; les noyaux se colorent faiblement, paraissent pâles et possèdent des nucléoles qui se colorent fortement. Ces

cellules sont le plus souvent isolées, plus rarement en groupes dans le contenu des bulles.

4. — Cellules avec noyaux atrophiés. Toute la cellule apparaît comme un grumeau légèrement transparent. Parfois il renferme un noyau transparent et les contours du noyau dégénéré, non colorable, sont entourés par des reliquats de chromatine sous forme de fines granulations.

Dans d'autres grumeaux, les grains de chromatine se trouvent à la périphérie de la cellule. Entre les cellules des paragraphes 3 et 4 il y a toute une série de formes de transition dont la terminaison est un grumeau homogène transparent.

5. — Très fréquemment apparaissent dans les préparations des cellules à plusieurs noyaux qu'on peut diviser en deux groupes : dans l'un, les noyaux sont séparés les uns des autres par des lignes de coloration foncée : la deuxième forme de cellules polynucléaires est caractérisée par l'absence de cloisons de séparation entre les noyaux.

Quoique le derme et les papilles soient très infiltrés, le nombre des leucocytes dans les bulles est le plus souvent faible.

Après le décours du processus, cette infiltration des papilles et du derme ne disparaît pas immédiatement. K. n'a observé que dans un cas une infiltration plus ou moins abondante de corpuscules rouges du sang dans le derme et la couche papillaire. On ne trouvait de nerfs nulle part.

Dans deux cas il y avait dans le contenu des bulles de nombreux cocci ; ces micro organismes se coloraient avec le Gram.

Sur les parties latérales des bulles, on trouve dans le protoplasma cellulaire des vacuoles de dimensions variables, tantôt uniques, le plus souvent au nombre de 2, 3 et même davantage, de sorte que le protoplasma présentait une structure presque réticulaire. Dans les vacuoles de ces cellules, on n'a jamais rencontré de parasites.

D'après ces données, K. est arrivé à la conviction que les modifications des cellules épithéliales appartiennent au groupe que O. Weber a le premier décrit en 1865 sous le nom de dégénérescence hydropique. Ces modifications ont été ensuite décrites par différents auteurs dans des maladies et souvent dans des affections des muqueuses à épithélium pavimenteux stratifié.

Selon K., la dégénérescence réticulaire d'Unna est une dégénérescence hydropique qui prend le caractère réticulaire dans les périodes ultérieures.

Les altérations des cellules situées dans le contenu des bulles présentent un caractère tout différent. Ceci tient vraisemblablement à ce que l'irritation inflammatoire qui provoque l'herpès a agi très énergiquement en ces points. Les cellules ainsi modifiées sont habituellement isolées, parfois cependant disposées en groupes. Unna place toutes ces modifications de cellules dans une nouvelle espèce de dégénérescence, qu'il appelle ballonisante. Mais K. pense avoir démontré par ce qui précède qu'il s'agit uniquement dans ces cas de la nécrose de coagulation de Weigert.

L'herpès zoster a-t-il une origine nerveuse ou tient-il à une infection spécifique? K. n'est pas en mesure de trancher cette question d'après ses recherches. A. Doyon.

REVUE DES LIVRES

Encyklopädie der Haut-und Geschlechts-krankheiten, par Lesser, 1 vol. gr. in-8° de 548 pages. Leipzig, 1900. F. C. W. Voget, éditeur.

Ainsi que le dit expressement Lesser dans sa préface, le nombre chaque jour croissant des conquêtes de la médecine ne permet, pour ainsi dire, plus au praticien de se tenir au courant de notre spécialité. Il en est, du reste, de même pour la médecine générale et les autres spécialités.

Il importe donc aujourd'hui d'exposer sous une forme claire et précise l'état actuel de notre science. Dans ce but, L. a fait appel au concours de nombreux et distingués collaborateurs qui, par leurs études antérieures et leurs recherches personnelles, se trouvaient plus particulièrement à même de traiter certaines questions déterminées. L'œuvre ainsi conçue manque peut-être d'unité ; mais elle offre par contre au médecin une étude approfondie de chaque question, une mise au point qu'un seul auteur pourrait peut-être difficilement réaliser.

Il résulte naturellement de cette division du travail que toutes les questions sont traitées avec une compétence spéciale. Tous les médicaments employés habituellement avec succès en dermato-syphiligraphie sont indiqués avec soin en regard de chaque maladie.

L'ordre alphabétique adopté par L. rendra ici les plus grands services en permettant au praticien de consulter rapidement les articles qui correspondent aux maladies sur lesquelles il a besoin d'être renseigné soit scientifiquement, soit pratiquement. A. Doyon.

Die Litteratur über die venerischen Krankheiten, von J. K. Proksch. Supplementband. I. Bonn, 1900. Hanstein, éditeur.

Ce premier volume de supplément contient la bibliographie très exacte des ouvrages et des articles de 1889 à 1899. Ce volume de 835 pages continue de la manière la plus utile les trois premiers volumes de cette importante publication. Nous ne saurions trop le proclamer, c'est une chance rare et heureuse pour la syphiligraphie de voir un spécialiste de la valeur de Proksch consacrer son temps et ses connaissances approfondies de bibliophile à des recherches si laborieuses et si compliquées. Tous les médecins familiers avec la littérature pourront, en parcourant ce nouveau volume, se rendre compte de la précision et de l'exactitude des renseignements qu'il renferme. Nous avons l'espoir que l'auteur continuera et complétera son œuvre en la tenant constamment au courant. Nous recommandons vivement cet ouvrage à tous les syphiligraphes. A. Doyon.

Therapeutisches Vademecum der Haut und Geschlechtskrankheiten für praktische Aerzte, par Rheinhold Ledermann. 2e édition, revue et augmentée, Berlin, 1901. O. Coblentz, éditeur.

Ce petit livre de 246 pages comprend tous les renseignements utiles aux médecins pour s'orienter facilement dans le dédale des modes de traitement et des nombreux médicaments qu'on emploie actuellement pour

combattre les affections de la peau et les maladies vénériennes. Chaque jour surgit en effet un nouveau remède dont l'efficacité est signalée comme absolument supérieure à ceux employés antérieurement; il est vrai aussi que, sauf pour quelques préparations, cette renommée est souvent de courte durée.

La première partie est consacrée à l'hygiène de la peau, aux différentes méthodes de traitement : traitement mécanique (massage, appareil à air chaud, électrolyse, cataphorèse, etc.) ; traitement interne et externe.

Dans le traitement externe, L. décrit les différentes espèces de bains, les corps gras (végétaux et minéraux), les pommades, les pâtes, les colles, les mousselines-emplâtres, les savons, etc., leur composition, leurs indications et leur mode d'emploi. Dans un chapitre spécial sont énumérés et décrits par ordre alphabétique tous les médicaments, y compris les plus récents. Cependant L. a oublié de mentionner l'huile de chaulmoogra, qui est depuis longtemps utilisée contre la lèpre.

Dans les chapitres suivants, L. expose d'une manière tout à la fois claire et concise le traitement des maladies de la peau et des maladies vénériennes, en suivant l'ordre alphabétique qui, dans un livre de ce genre, facilite singulièrement les recherches.

Cette nouvelle édition, entièrement refondue, a été mise au courant des progrès de la science et ce Vade-mecum de thérapeutique est appelé à rendre les meilleurs services à tous les praticiens. A. Doyon.

NOUVELLES

Deutsche dermatologische Gesellschaft. VII[e] Congrès a Breslau, du 28 au 30 mai 1901. — La partie essentielle du Congrès est la présentation des malades. La matinée des deux premiers jours sera réservée à ces présentations. A partir de 9 heures et demie, on pourra examiner les malades. A 10 heures et demie, commenceront les présentations et la discussion.

Dans l'après-midi du second jour, démonstration des préparations microscopiques.

L'après-midi du premier jour et la matinée du troisième jour seront consacrés aux propositions principales suivantes :

I. — Discussion sur les rapports des affections de la peau avec la distribution des nerfs sur la surface cutanée, particulièrement avec la métamérie spinale.

Comme base de la discussion il y aura une collection de faits particulièrement instructifs ; il s'agit de réunir le plus grand nombre de cas possible dans lesquels la forme, le groupement ou la distribution des efflorescences permettront d'établir un rapport avec la distribution des nerfs dans la peau.

Les cas les mieux appropriés pour cette étude sont : les cas de nævi

(systématisés) linéaires, ou délimités typiquement d'une manière quelconque, d'eczéma, de psoriasis, de lichen, d'ichtyose, etc. ; d'anomalies pigmentaires et vasculaires, d'herpès zoster, linéaires ou systématisés d'une manière quelconque. Les zonas des membres sont d'une importance spéciale.

II. — Rapports :

1° *Traitement par les rayons Röntgen* (Dr Schiff. — Vienne) ;

2° *Traitement de Finsen* (professeur Finsen) ;

3° *Utilité pratique des courants de haute tension dans la thérapeutique.* — (Dr Freund. — Vienne).

Ces rapports seront complétés autant que possible par des présentations de malades, de moulages, d'appareils, etc.

Il y aura une exposition de tous les médicaments et appareils proposés depuis environ deux ans, et à cet égard il serait bon d'indiquer les sources où on pourrait se procurer les articles reconnus utiles pour les soins à donner aux malades et les instruments nécessaires pour la pratique médicale.

Toutes les communications originales et les rapports doivent être imprimés et envoyés à tous les membres du Congrès, avant l'ouverture.

Le comité local se compose de MM. A. Neisser, Chotzen, Harttung, Löwenhard et Schæffer.

Prix Unna. — Le prix de dermatologie de Unna de 300 marks (375 francs) pour 1900 n'a pas pu être donné. Par conséquent, on remet au concours le même sujet et le prix sera porté à 600 marks (750 francs) pour 1901. Voici quelle est la question : « Rechercher la structure intime des carcinomes primaires de la peau, en tenant tout particulièrement compte des rapports différents qui existent dans ces affections entre la prolifération épithéliale et la résistance du tissu conjonctif. »

Pour les autres conditions du concours, v. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1900, p. 680.

Le Gérant : Pierre Auger.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

LE PIGEONNEAU. ULCÉRATIONS PROFESSIONNELLES DES MAINS CHEZ LES OUVRIERS TEINTURIERS EN PEAUX

Par MM.

L. Brocq, et **Ch. Laubry,**

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal. Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis que nous sommes chargés d'un service à l'hôpital Broca-Pascal, nous avons vu venir à plusieurs reprises à notre consultation de dermatologie des teinturières en peaux qui présentaient aux mains des ulcérations profondes, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, arrondies ou ovalaires. Une première enquête nous a appris que ces lésions d'aspect si particulier étaient connues dans le monde des mégissiers, des teinturiers en peaux, sous les noms bizarres de rossignol, de pigeonneau, de tourtereau, etc... Quelques recherches bibliographiques nous ont montré que ces accidents avaient déjà attiré l'attention des médecins : mais leur description est restée jusqu'ici si imparfaite qu'il nous a paru utile de la reprendre en nous appuyant sur des documents personnels.

Historique

Le premier travail qui, à notre connaissance, ait été fait sur cette question est celui d'Armieux, qui a paru en 1853, dans les *Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse* et dans la *Gazette des hôpitaux de Paris* (1853, p. 420). D'après cet auteur, les mégissiers d'Annonay et sans doute les mégissiers de tous les pays sont sujets à des maladies qui n'ont pas encore été décrites et qui résultent du contact incessant de leurs mains avec les substances irritantes qu'ils manient. L'une de ces affections est le choléra des doigts, l'autre le rossignol. Ce mémoire a d'ailleurs été reproduit pour ainsi dire textuellement par les auteurs qui se sont ensuite occupés de cette question.

Tardieu (1) reprend les descriptions d'Armieux : « Les mégissiers sont sujets à des maladies des doigts qui résultent de l'emploi d'un

(1) Tardieu. *Dictionnaire d'hygiène et de salubrité publique*, 2e éd., 1862, p. 246.

mélange de chaux et d'orpiment (sulfure d'arsenic) pour l'ébourrage des peaux. La première qu'il faut citer consiste en une ecchymose qui envahit la partie interne des doigts là où l'épiderme est mince... les mégissiers appellent ce mal : *choléra des doigts*. — La seconde maladie est appelée par eux *rossignol*, parce qu'elle est plus douloureuse et leur fait jeter des cris de douleur. Elle consiste en un petit trou qui se forme à l'extrémité de la pulpe des doigts : ce trou, qui paraît être capillaire, est dû à l'amincissement de la peau corrodée par la chaux. Il y a exsudation de gouttelettes de sang, communication de l'air avec les papilles nerveuses et douleurs atroces. Les ouvriers continuent leur métier malgré cela et n'en éprouvent pas de conséquences fâcheuses. Le mal disparaît sans médication aucune par la simple suspension du travail. »

Voici ce qu'en dit Beaugrand (1) : « Il ne faut pas confondre avec le panaris une affection particulière des doigts analogue à la grenouille des débardeurs et qui a été bien décrite pour la première fois par M. Armieux sous le nom de rossignol. Cette affection est désignée à Paris sous le nom de pigeon ou de pigeonneau ; elle atteint spécialement les ouvriers occupés au travail des rivières et paraît résulter de l'action de la chaux. On l'observe sur les différentes parties des doigts, mais surtout à la pulpe de la dernière phalange. Tous les ouvriers n'en sont pas affectés ; chez quelques-uns le pigeon se montre seulement pendant les premiers temps ; chez d'autres, la disposition persiste indéfiniment ; d'autres enfin jouissent d'une complète immunité. L'affection qui nous occupe se montre sous la forme d'un petit pertuis que l'on croirait percé avec un poinçon ; les bords sont blanchâtres, comme l'est l'épiderme macéré, et ce cercle blanc est lui-même entouré d'une auréole d'un rouge plus ou moins foncé, le tout n'excédant pas le diamètre d'une lentille. La petite ouverture est d'abord saignante, plus ou moins douloureuse suivant les individus, mais elle ne tarde pas à se remplir d'une matière plastique qui se coagule, ferme le trou et favorise l'oblitération. Le plus habituellement cette affection n'entrave pas les occupations ; comme me le disait un ouvrier, cela vient et cela se passe en travaillant. On a recours pour tout traitement à des lotions de jus de tan ou à des applications de goudron. »

« Quant à ce que M. Armieux a nommé choléra des doigts, ce sont des ecchymoses situées sous l'épiderme très mince qui recouvre les faces latérales des doigts. Excoriées, elles sont extrêmement douloureuses. »

(1) BEAUGRAND. Recherches historiques et statistiques sur les maladies des uvriers qui préparent les peaux en général et sur celles des tanneurs en particulier. *Annales d'hygiène*, 2e série, t. XVIII, 1862.

Bazin connaissait ces lésions, et voici comment il s'exprime (1) : « J'ai eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'exactitude de la description précédente, empruntée au *Dictionnaire d'hygiène* de M. Tardieu. Je n'ai pas rencontré un seul mégissier qui ne connût, et le plus souvent par expérience personnelle, l'affection dite *rossignol ;* mais ces artisans lui donnent plus généralement le nom de *pigeonneau :* elle consiste en une petite ulcération superficielle et arrondie de la pulpe du doigt, ulcération dont la durée excède rarement deux à cinq jours, malgré la continuité du travail ; cette disparition rapide s'explique par les précautions instinctives dont le malade doit entourer une lésion aussi douloureuse ; sa cause est bien évidemment l'action de la chaux qui imprègne les ongles et les doigts, sur lesquels elle forme un enduit épais, blanchâtre, très difficile à enlever. »

Max Vernois parle également de cette lésion dans son étude sur les maladies professionnelles (2) ; mais il la décrit assez mal, comme d'ailleurs la plupart des auteurs précédents : il la traite de furoncle fistuleux ; mais il spécifie que les ouvriers l'appellent rossignol ou pigeon ; il dit qu'elle est causée par le contact incessant de la chaux et de l'orpiment ; il en donne même une figure (pl. 2, fig. 3).

Layet (3) signale parmi les accidents cutanés des ouvriers qui travaillent les peaux ceux qu'il appelle la *dermatite papillaire* « qui se présente ici : 1° sous la forme simplement vésiculeuse, comme celle que l'on rencontre communément chez tous les ouvriers qui travaillent les mains dans l'eau (blanchisseurs, teinturiers, etc..), ou 2° sous une forme ulcérative. Dans ce cas, les papilles mises à nu dans un point très circonscrit, ulcérées dans leur partie superficielle, apparaissent au milieu de l'épiderme macéré et blanchâtre comme un point rouge vif, gros comme une tête d'épingle ou une lentille, entouré de couches concentriques de desquamation épidermique ; sous cet aspect, on dirait un *œil d'oiseau*, d'où les noms de *rossignol*, de *pigeon* ou *pigeonneau*, de *perdrigal* ou *perdreau*, de *pierrot*, etc., par lesquels, suivant les localités, les ouvriers la désignent habituellement. »

« *Cette dermatite des tanneurs* est due au travail des pelains. Elle atteint plus spécialement les ouvriers dont l'épiderme, ramolli par le travail de rivière, est soumis à l'action de la chaux. L'affection est généralement peu grave et n'empêche pas l'ouvrier de continuer son travail, mais elle est parfois très douloureuse et fort gênante. Située le plus souvent à l'extrémité des doigts, sur leur face latérale ou au pourtour de l'ongle, elle peut se changer en excoriations plus ou

(1) BAZIN. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles*, rédigées et publiées par le Dr. GUÉRARD, 1862, p. 95, note 1.

(2) VERNOIS. *Hygiène des industries et des professions*. Paris, 1875, article *Peaussiers*.

(3) LAYET. *Annales d'hygiène*, 1862 p. 148, et *Dictionnaire Dechambre*, 2e série, t. XXIIe, 1886. Article *Peau, Hygiène professionnelle et industrielle*, p. 170 et suiv.

moins irrégulières, avec rougeur et ecchymoses superficielles étendues. C'est cette nouvelle forme, assez rare d'ailleurs, qu'Armieux a désignée sous le nom singulier de *choléra des doigts*.

« Généralement le petit *œil* ou *pertuis* ne tarde pas à se remplir d'une matière plastique qui se coagule, l'oblitère et donne lieu à une cicatrice indélébile ayant l'aspect d'une arête blanchâtre ou d'une dépression analogue à un coup d'ongle. La guérison est la règle quand l'ouvrier suspend son travail, ce qu'il est obligé quelquefois de faire, en présence du gonflement et de l'inflammation du doigt ; mais le remède se trouve ici à côté même du mal, il consiste à avoir recours dès le début à des lotions de jus de tan. »

L'auteur décrit ensuite les gerçures et surtout la variété de gerçure à laquelle les ouvriers donnent le nom d'*éclat;* et il ajoute : « Chez les mégissiers, la plupart de ces lésions peuvent revêtir un caractère de gravité spéciale, lorsqu'ils font usage pour l'ébourrage des peaux d'une pâte composée de chaux et d'orpiment (sulfure d'arsenic). Dans ce cas, on se trouve en présence de véritables pustulations et ulcérations arsenicales, causées par la transformation du sulfure d'arsenic, par son contact avec la chaux, en sulfure de calcium et en acide arsénieux, et par la proportion considérable de cet acide toxique dont les peaux se trouvent couvertes après l'action de la pâte épilatoire, au moment où les ouvriers détachent les toisons et procèdent au lavage (1). »

Poincaré, dans son *Traité d'hygiène industrielle*, a également signalé ces accidents cutanés chez les tanneurs (2).

Mais en réalité toutes les descriptions précédentes manquent un peu de précision, et il nous a paru utile d'appeler de nouveau l'attention des dermatologistes sur ces si intéressantes lésions traumatiques, lesquelles semblent avoir un aspect et une évolution à peu près analogues, quelle que soit la substance caustique qui les provoque. Il faut bien reconnaître en effet que les ulcérations dites « pigeonneau », dont nous allons publier trois observations typiques pour bien fixer les idées, sont identiques d'aspect aux ulcérations arsenicales des mains et des doigts dont nous avons pu observer des exemples à notre consultation de l'hôpital Broca, et dont on trouvera une superbe reproduction au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Voici nos trois observations :

Observation I (recueillie par M. Richou, externe du service). — Mme D..., âgée de 41 ans, teinturière en peaux, entre le 30 janvier 1901, salle E. Vidal de l'hôpital Broca, pour des ulcérations de la main gauche qui l'empêchent de continuer son travail.

(1) Layet. *Loc. cit.*, p. 177 et 178.
(2) Poincaré. *Traité d'hygiène industrielle*, p. 200-201.

Aucun antécédent ni héréditaire ni personnel de quelque importance.

Elle travaille dans la teinturerie des peaux depuis trois ans, sans autres inconvénients qu'une sensation de fatigue assez accentuée.

L'ulcération principale pour laquelle elle s'est décidée à entrer à l'hôpital est située sur la face dorsale de la première phalange du pouce de la main gauche. Elle a débuté il y a trois semaines environ par une petite plaie de la dimension d'une tête d'épingle : le pourtour en était un peu rouge et œdématié ; la malade éprouvait des élancements dans le pouce, et les ganglions axillaires étaient un peu douloureux. La plaie était recouverte d'une croûte noirâtre, mais elle était le siège de démangeaisons tellement vives que la malade en se grattant arrachait ces croûtes. Elle continua à travailler en mettant un doigtier de cuir pour protéger le mal : le soir elle appliquait un cataplasme.

Mais sous l'influence des liquides irritants qu'elle maniait et dont le doigtier ne la protégeait que fort imparfaitement, l'ulcération a continué peu à peu à creuser, et elle est enfin devenue tellement profonde et douloureuse que la malade a été obligée de cesser tout travail.

Lors de son entrée elle présente à la partie supérieure de la face dorsale de la première phalange du pouce, tout près de l'articulation métacarpo-phalangienne, un peu en dedans, une ulcération cratériforme à forme légèrement ovalaire, à grand axe dirigé dans le sens de la phalange ; son extrémité inférieure est un peu plus rétrécie que l'extrémité supérieure : elle est donc en réalité de forme ovoïde. Son grand axe, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, mesure 1 centimètre environ, son petit axe mesure de 7 à 8 millimètres.

Les bords de cette plaie sont réguliers, linéaires, comme taillés à l'emporte-pièce. L'ulcération a des parois parfaitement à pic d'environ 3 à 4 millimètres de hauteur. Le fond est sanieux, recouvert de pus, et quand on enlève ce pus avec un tampon d'ouate on voit que ce fond est constitué par du tissu rouge, enflammé, présentant d'assez grandes inégalités : c'est ainsi que l'ulcération est un peu plus profonde vers la partie antérieure.

Tout autour de la plaie les tissus sont rouges, tuméfiés, un peu surélevés au-dessus du niveau des téguments sains, dans une étendue de près de 1 centimètre. Cette rougeur périphérique est d'ailleurs mal délimitée : elle se fond peu à peu avec la teinte normale des téguments, et elle présente son maximum d'intensité au bord même de l'ulcération. Elle disparaît en partie par la pression. Le toucher et la palpation profonde permettent de sentir que les tissus périphériques sont très infiltrés et qu'ils donnent une sensation nette d'adhérence aux parties profondes.

La malade présente en outre une lésion presque analogue, mais beaucoup moins prononcée, au début, au niveau de la face dorsale de l'articulation de la deuxième et de la troisième phalange du petit doigt de la main gauche, et une profonde crevasse, début probable d'une troisième ulcération analogue à la face dorsale de l'articulation de la deuxième et de la troisième phalange du médius.

Cette femme accuse des sensations de picotement et des démangeaisons

au niveau des parties atteintes. Les mouvements de flexion et d'extension du pouce sont un peu gênés.

Il n'y a pas de traînées lymphangitiques sur l'avant-bras : le ganglion épitrochléen est indemne; les ganglions axillaires sont à peine douloureux.

L'examen complet des viscères de la malade n'a révélé rien de bien important. Il convient de signaler toutefois l'existence d'une perforation du voile du palais, ovalaire, de 1 centimètre environ dans son grand diamètre, située au niveau du pilier postérieur gauche. Il est donc probable que cette femme est une ancienne syphilitique, malgré l'absence de tout autre commémoratif.

Obs. II (recueillie par M. Laubry, interne du service). — Augustine R.., 61 ans, teinturière en peaux, entre le 4 février 1901 salle Vidal, lit n° 16, pour des lésions syphilitiques tertiaires des membres inférieurs.

Mais à l'examen de la malade l'attention est attirée sur un groupe de lésions d'ordre différent siégeant à la face dorsale des doigts, et, particulièrement, des dernières phalanges de la main gauche. Ces lésions consistent en de petites ulcérations, les unes en voie de cicatrisation, les autres complètement cicatrisées.

Parmi les premières, la plus remarquable et la plus typique siège à la face dorsale de la deuxième phalange de l'annulaire, un peu au-dessus de l'articulation de la phalangine avec la phalangette. Ses bords en sont réguliers; ils forment un bourrelet saillant d'au moins 4 millimètres de large, de couleur actuellement blanchâtre; autrefois, d'après les dires de la malade, il était rosé au voisinage de l'ulcération ; sa consistance est dure et calleuse, il adhère aux plans profonds, et fait presque corps avec l'os. Il est limité par deux ovales concentriques, l'un externe, marqué par une légère squame annulaire, l'autre interne limitant l'ulcération. Celle-ci est comme taillée à l'emporte-pièce ; elle a les dimensions d'une petite lentille à grand axe dirigé en dedans et en haut mesurant 6 millimètres, à petit axe mesurant 3 millimètres. Elle devait être creusée à pic; actuellement elle semble comblée par une croûte noirâtre et dure, très adhérente, enchâssée dans les bords qui font encore sur elle une saillie de 1/2 à 1 millimètre. En pleine activité l'affection fut très douloureuse, donnant lieu à des brûlures et à des élancements. Actuellement elle n'est plus le siège d'aucune douleur, et au niveau des ulcérations la sensibilité objective dans ses différents modes n'est pas altérée.

Sur la face dorsale du médius, au niveau du pli de flexion de l'articulation de la phalangine et de la phalangette, siège une autre ulcération plus petite, ayant les dimensions d'une tête d'épingle, comblée elle aussi par une croûtelle noirâtre, mais laissant sourdre encore quelques gouttelettes de sérosité citrine, et circonscrite par deux bourrelets en arc de cercle ayant le pli de flexion comme axe.

Enfin les ongles de cette main droite, de même que les ongles de la main gauche (index, médius et annulaire) présentent au niveau de leur matrice une perte de substance avec cicatrices résultant d'ulcérations analogues arrêtées dans leur développement en profondeur par des pansements précoces et appropriés.

Ces lésions des mains s'accompagnent de raideur des jointures des doigts, d'attitudes vicieuses semblables à celles du rhumatisme noueux, ce qui semble moins résulter de l'affection elle-même que du travail manuel auquel est soumise la malade et que trahit l'épaississement de l'épiderme sur la main et les avant-bras, avec exagération des plis de la peau.

Ce travail consiste essentiellement à étendre la teinture sur les peaux fraîchement tannées et maintenues de la main gauche à l'aide d'une « manette » tenue de la main droite, et cela sans que d'habitude la face dorsale des phalanges ne touche à la peau. Celle-ci est enduite successivement d'un liquide, mélange probable d'acide chromique, de potasse et d'ammoniaque et qui sert de mordant; d'une teinture de bois de campêche qui la colore en rouge et de sulfate de fer qui la fait virer au noir. Les ouvrières ne se servent jamais de chaux et attribuent les ulcérations dont elles souffrent à l'action caustique de la teinture dont leurs brosses sont imprégnées.

Ces lésions guérissent facilement et spontanément dès que les contacts irritants ont cessé. La malade chez qui elles récidivaient avec ténacité les voit rétrocéder depuis que l'affection des membres inférieurs l'oblige à garder le repos.

Cette dernière semble avoir débuté il y a deux ans et s'être manifestée par des poussées éruptives douloureuses, accompagnées d'œdème malléolaire, poussées aiguës et passagères, laissant à leur suite des lésions permanentes qu'elle n'aurait jamais soignées si un nouvel accident développé à la cuisse gauche ne l'avait fait entrer dans notre service à l'hôpital Broca. On constate alors :

Une gomme volumineuse de la face antérieure de la cuisse gauche, à centre pseudo-fluctuant, douloureux, avec tuméfaction du voisinage;

Des syphilides tertiaires, les unes serpigineuses formant des traînées à bords irrégulièrement découpés ou s'étalant par places en nappes confluentes, les autres affectant une disposition nettement circinée : elles recouvrent la presque totalité du membre inférieur droit; elles sont plus discrètes à gauche;

Des syphilides végétantes d'aspect crevassé, de consistance dure et cornée, siégeant symétriquement aux deux faces antéro-internes des jambes ;

Enfin des syphilides cornées discrètes de la face plantaire, au voisinage du talon. A signaler comme particularité intéressante la déformation du gros orteil (onychogryphose).

Les antécédents héréditaires de la malade n'offrent rien de remarquable.

Dans ses antécédents personnels on note l'absence d'antécédents syphilitiques. Elle eut deux enfants : le premier mourut du croup, le dernier mourut à six semaines.

Cinq ans plus tard, elle fit une fausse couche de quatre mois.

L'examen des viscères révèle l'existence d'une insuffisance aortique d'origine artérielle, l'athérome des artères périphériques et un léger degré d'emphysème pulmonaire.

Obs. III (notes recueillies par M. Civatte, interne du service). — Mme S..., teinturière, âgée de 37 ans, vient nous consulter le 22 mars 1901 à l'hôpital Broca-Pascal, pour des lésions multiples des mains.

Elle n'offre rien de spécial ni comme antécédents héréditaires ni comme antécédents personnels.

Elle est teinturière en peaux depuis plus de 20 ans. Elle n'a commencé à avoir des lésions aux mains que depuis deux ans seulement, depuis que la maison dans laquelle elle travaille emploie un nouvel apprêt. Auparavant les pigeonneaux étaient inconnus dans ces ateliers : depuis que l'on se sert du nouvel apprêt, les pigeonneaux y sont devenus fort nombreux. La malade pose en fait qu'actuellement toute écorchure des mains et des doigts est suivie d'un pigeonneau.

Depuis quelque temps on a diminué la causticité de l'apprêt ; les pigeonneaux sont devenus un peu moins fréquents : ils le sont cependant encore beaucoup.

Il n'est pas possible de connaître exactement la composition chimique de l'apprêt employé dans cette teinturerie : la malade croit cependant que l'apprêt ancien était surtout composé de carbonate de potasse et d'ammoniaque. Le nouvel apprêt semblerait renfermer du carbonate d'ammoniaque et de l'acide picrique, mais ce n'est pas certain.

La malade passe d'abord sur la peau deux couches d'apprêt en brossant avec la main droite, puis quatre couches du liquide que l'on appelle la couleur, enfin une couche du liquide que l'on appelle la tournée.

Depuis plusieurs mois elle a eu de légères atteintes de pigeonneau ; c'étaient de petites ulcérations du volume d'une tête d'épingle qu'elle a pu guérir en huit jours par des applications de suif et le port constant d'un doigtier de caoutchouc.

Il y a trois mois, elle a été beaucoup plus sérieusement atteinte et il s'est peu à peu formé vers le milieu de la face dorsale de la deuxième phalange de l'annulaire droit une ulcération profonde, ovalaire de forme, de 7 à 8 millimètres de long sur 5 à 6 millimètres de large, à grand axe transversal, à bords taillés à pic, entourée d'un bourrelet assez régulier de 2 millimètres environ de large, formant une sorte de rebord arrondi et surélevé au-dessus du niveau du reste des tissus. L'ulcération est devenue tellement douloureuse que depuis quinze jours la malade a été obligée de se soigner et de porter constamment un gant de caoutchouc. Depuis lors, le pigeonneau s'est en grande partie cicatrisé ; aujourd'hui on trouve encore le bourrelet périphérique primitif toujours saillant, ovalaire ; dans son aire se voit une zone déprimée, cicatrisée, recouverte d'un épiderme lisse, de teinte rosée, et tout à fait au centre une croûtelle noirâtre de 2 millimètres à peine de diamètre.

En outre, depuis quinze jours, la malade offre sur les mains et les avant-bras une autre éruption qui a fait son apparition brusquement à la suite d'une quasi-suppression de règles au cours d'une grippe. Elle consiste essentiellement en de nombreuses et fines papulo-vésicules d'eczéma, irrégulièrement disséminées sur la face dorsale des mains, sur la partie inférieure des avant-bras, mais surtout sur leur face antérieure. Quelques-unes de ces lésions élémentaires sont groupées de manière à constituer de

petits placards. Certaines sont excoriées, la plupart sont surmontées d'une petite croûtelle ou, pour mieux dire, d'une squame noirâtre ; d'autres présentent à leur centre, au niveau même de la vésicule qui est ouverte, un point d'un noir d'encre.

L'éruption est fort prurigineuse et la malade se gratte, mais il n'y a ni inflammation forte des téguments qui ne sont nullement tuméfiés, ni suintement abondant, ni lichénification nette.

Nous devons faire remarquer en outre qu'à la fin de sa journée, pour tâcher d'enlever la teinture qui souille ses mains, la malade se lave avec de l'eau de Javelle et de l'esprit de sel. Sa peau est donc soumise à l'action de substances irritantes multiples.

Symptomes

D'après les observations que l'on vient de lire, on voit que les lésions que nous venons de décrire se présentent chez les ouvrières teinturières en peaux sous l'aspect suivant :

A la période d'état, période à laquelle elles viennent consulter, le pigeonneau consiste chez elles essentiellement en une ulcération plus ou moins considérable, ayant d'ordinaire de 3 millimètres à 1 centimètre de grand diamètre, de 2 à 6 millimètres de petit diamètre. Elle est donc presque toujours ovalaire, à grand axe dirigé parallèlement au grand axe des doigts, parfois, cependant, perpendiculaire à cet axe comme dans notre troisième observation, parfois dirigé dans le sens des plis de flexion quand il siège au niveau des articulations. Mais elle peut aussi avoir une forme régulièrement arrondie, comme on peut s'en convaincre par l'étude des photographies prises par M. le Dr Sottas sur nos malades de l'hôpital Broca-Pascal.

Les bords de l'ulcération sont d'ordinaire constitués par une sorte de bourrelet, rouge ou rosé, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, assez souvent limité extérieurement par un fin soulèvement épidermique formant collerette, et au niveau duquel les téguments sont épaissis, indurés, paraissent adhérents aux parties profondes, semblent même faire en quelque sorte corps avec le périoste sous-jacent. Assez souvent, autour de ce bourrelet périphérique, les téguments sont rouges, infiltrés, comme tuméfiés; mais ces phénomènes d'inflammation étendue périphérique peuvent faire tout à fait défaut.

L'ulcération elle-même est assez caractéristique. Elle est taillée à pic, comme à l'emporte-pièce, profonde de 2 à 4 millimètres; les bords en sont donc abrupts, mais nullement décollés : ce sont de vraies falaises, mais elles ne sont pas creusées de cavernes. Le fond est assez irrégulier, sanieux ou granuleux selon la période de l'évolution.

Assez fréquemment quand les malades viennent consulter, l'ulcération est complètement recouverte d'une croûte noirâtre, dure, adhérente, profondément enchâssée entre les bords formant bourrelet que nous venons de décrire : de telle sorte que la lésion dans

son ensemble a un vague aspect d'œil d'oiseau, ainsi qu'on le voit sur les belles photographies de M. le Dr Sottas. Il est probable que c'est cette ressemblance assez grossière qui a été l'origine des noms au premier abord fort singuliers, de pigeonneau, rossignol, tourtereau, que les ouvriers lui ont donnés. Cependant, on a vu plus haut en parcourant l'historique que, d'après quelques auteurs, ce nom proviendrait des douleurs atroces éprouvées parfois par les malades, douleurs qui leur arrachent des cris, qui « *les font chanter* », d'où le nom de rossignol. Mais nous déclarons que cette étymologie nous paraît des plus hasardées.

Quoi qu'il en soit, les phénomènes douloureux éprouvés par les patients sont pour ainsi dire constants. Modérés dans certains cas, leur permettant même parfois de continuer leur travail, ils peuvent atteindre une intensité extraordinaire. Ils semblent être surtout violents quand les lésions siègent au bout des doigts, comme chez les ouvriers qui se livrent au travail des rivières. Ils sont moins pénibles chez les teinturières qui éprouvent surtout des cuissons, des démangeaisons, des douleurs vraies avec élancements. C'est ce qui explique comment ces dernières peuvent continuer à travailler un certain temps après le début du mal, ce qui n'est guère un avantage pour elles. En effet, tandis que les ouvriers des rivières sont obligés d'interrompre leur travail presque dès le début des ulcérations à cause des douleurs intenses qu'ils éprouvent, et peuvent ainsi guérir avec rapidité, les teinturières, qui continuent leur ouvrage, transforment ainsi peu à peu, grâce au contact incessant des substances caustiques, les érosions du début en des ulcérations larges et profondes qui mettent ensuite des semaines à se cicatriser et laissent même parfois des cicatrices vicieuses.

Mode de début. — Le mode de début de ces lésions est tout ce qu'il y a de plus banal. Tant que l'épiderme corné des mains reste intact, les teinturières ne présentent aucun accident. Dès que sous une influence quelconque, écorchure, traumatisme accidentel, gerçure ou crevasse survenue sous l'influence du froid ou du contact prolongé de l'eau, etc., l'épiderme a été enlevé ou s'est fissuré, la lame cornée ne protégeant plus les tissus sous-jacents au point blessé, les substances caustiques que manient les ouvrières exercent leur action destructive sur les tissus et agissent comme le font les caustiques ordinaires quelle qu'en soit la nature, bases, acides, arsenicaux, etc. Ce sont donc des cautérisations destructives lentes, continuelles, qui s'exercent sur les téguments dénudés, et l'on ne pourrait mieux comparer ce processus qu'à celui de l'ulcère simple de l'estomac. Cette pathogénie explique tout naturellement : 1° le mode de début par une fissure, une crevasse, une écorchure banales ; 2° le mode d'évolution de la lésion qui s'élargit et s'approfondit graduellemen

tant que le malade continue à travailler, ou qu'il ne protège pas hermétiquement le point atteint; 3° l'aspect si particulier de la plaie, ses bords taillés à pic, son bourrelet périphérique d'inflammation et de destruction commençante, etc.; 4° elle permet enfin d'expliquer pourquoi le pigeonneau est, pour ainsi dire, identique d'aspect aux ulcérations arsenicales des mains. En réalité, dans toutes ces lésions il s'agit de processus morbides analogues, ou, mieux, d'une destruction caustique lente banale des téguments, dépourvus, pour une cause quelconque, de leur revêtement corné.

Évolution. Terminaison. — D'après tout ce qui précède, il est facile de comprendre que le pigeonneau ne peut pas guérir tant que les malades continuent à manier les substances irritantes causes de l'ulcération, à moins qu'ils ne protègent la plaie de leur contact d'une manière hermétique. La lésion continue donc à s'étendre lentement en surface et même en profondeur jusqu'aux aponévroses, jusqu'au périoste, tant que le sujet travaille. C'est ainsi que l'on voit se former chez certaines teinturières des pertes de substance considérables de 1 à 2 centimètres de diamètre et même plus, comme celle dont la malade qui fait le sujet de notre observation II porte la profonde cicatrice sur la face dorsale de la deuxième et de la troisième phalange de l'index. Cette ulcération a duré plusieurs mois. Elle avait plus de 3 centimètres de long; elle a intéressé la matrice unguéale, déterminé une déformation indélébile de l'ongle et une cicatrice vicieuse rétractile de toute la partie terminale de la face dorsale de ce doigt. On voit donc que ces lésions peuvent avoir une réelle gravité et entraîner une longue incapacité de travail manuel.

Dès que le malade est soustrait à l'action locale des substances irritantes qu'il manie, les plaies formées tendent naturellement à se cicatriser. Il est inutile de dire qu'elles le font d'autant plus vite et avec d'autant moins de complications qu'elles sont mieux pansées d'après les règles banales du traitement des ulcérations cutanées. Le bourrelet périphérique persiste parfois pendant un certain temps après la cicatrisation, donnant à la lésion cicatrisée un aspect très spécial et pour ainsi dire pathognomonique.

Mais il faut bien qu'on sache que le pigeonneau des ouvrières teinturières en peaux, grâce aux circonstances particulières sur lesquelles nous venons d'insister, n'est pas la petite ulcération fort douloureuse, mais éphémère, que les hygiénistes ont décrite chez les ouvriers des rivières; c'est une ulcération profonde, relativement large, qui demande presque toujours des semaines pour se cicatriser.

Localisation. — Nous avons vu que, d'après les auteurs, le pigeonneau siège d'ordinaire vers le bout des doigts chez les ouvriers des rivières. Chez les teinturières en peaux, au contraire, le lieu d'élection de ces lésions semble être la face dorsale de l'articulation

métacarpo-phalangienne du pouce de la main gauche, comme le montrent les photographies de M. le Dr Sottas. C'est en ce point que nous les avons vues présenter le mieux l'aspect d'œil de pigeon qui leur a valu leur nom. Mais elles peuvent aussi s'observer au niveau de la face dorsale des autres doigts et vers les articulations des phalanges où les crevasses et les éraflures sont si fréquentes.

Il semble que ce soit la main gauche qui soit la plus atteinte chez elles ; c'est avec cette main qu'ainsi que nous le verrons plus loin, elles tiennent la sébile avec laquelle elles puisent la matière colorante dans le récipient où elle se trouve pour la répandre sur la peau qu'elles brossent avec la main droite. Cependant la main droite peut, elle aussi, être atteinte comme chez les malades de nos deux dernières observations.

Étiologie. — Pathogénie

Nous avons vu plus haut, à propos du mode de début du pigeonneau, que ces lésions ne sont que des ulcérations banales consécutives à l'action de substances caustiques sur des téguments privés en un point de leur revêtement corné.

Il est probable que la production de cette affection est en outre en partie gouvernée par cette influence si mystérieuse et si importante qui est la prédisposition individuelle et qui régit en somme la plupart des éruptions artificielles. Suivant les sujets, les téguments offrent plus ou moins de résistance aux actions irritantes extérieures et présentent avec plus ou moins de facilité les gerçures, les éraflures qui sont le point de départ du pigeonneau ; peut-être même aussi, une fois l'effraction épidermique constituée, les téguments mis à nu sont-ils, suivant les sujets, plus ou moins facilement attaquables par les caustiques et se cicatrisent-ils avec plus ou moins de facilité.

Il y a là toute une série de recherches fort intéressantes à poursuivre ; malheureusement elles sont fort délicates, très difficiles à mener à bonne fin, car elles devraient porter sur un nombre considérable de cas, et nous avons été obligés de renoncer pour le moment à l'enquête que nous avions commencée.

Nous nous bornerons aujourd'hui à faire remarquer que les deux premières malades dont nous publions les observations étaient syphilitiques. Certes, nous ne voulons pas dire qu'il y ait là plus qu'une simple coïncidence ; nous ne voulons pas surtout qu'on puisse nous accuser plus tard d'avoir fait du pigeonneau un accident parasyphilitique, alors que ce n'est qu'un traumatisme ; il n'en est pas moins vrai qu'il faut tenir un certain compte de ces faits, et qu'on pourrait à la rigueur se demander si la syphilis ne met pas certains de ces malades en état de moindre résistance aux contacts irritants.

Voici en quelques mots en quoi consiste le travail des ouvrières

teinturières en peaux : nous voulons parler de celles qui fréquentent les teintureries voisines de l'hôpital Broca-Pascal. Ces ouvrières se divisent en deux catégories : 1° les teinturières proprement dites ; 2° les lustreuses, qui passent de la graisse ou du suif sur les peaux quand elles ont été teintes.

La teinturière reçoit la peau déjà préparée : nous verrons tout-à l'heure en quoi consiste cette préparation. Elle prend d'abord une première solution qui s'appelle l'*apprêt* ou le *mordant*, qui a une teinte tirant sur le jaune; elle la jette sur la peau avec une sébile tenue de la main gauche, et avec la main droite elle brosse énergiquement la peau ; elle répète, suivant les établissements, de 2 à 3 fois cette opération ; puis elle racle ou non, toujours suivant les établissements, la peau avec un instrument qu'on appelle la manette.

Elle prend alors un deuxième liquide dont la teinte est rouge et que l'on appelle la *couleur;* elle la passe également, suivant les établissements, à deux, trois ou quatre reprises sur la peau en brossant toujours énergiquement avec la main droite. Elle racle ensuite dans certains établissements, pas dans tous, avec la manette. Elle jette enfin sur la peau un troisième liquide de coloration noire, que l'on appelle la *tournée*, et cela à une ou deux reprises en continuant toujours à brosser.

Or, le premier liquide, l'apprêt, qui, d'après les ouvrières, contient surtout de l'urine, peut-être d'autres substances irritantes, qui d'après les manufacturiers renferme des préparations ammoniacales, semble pouvoir contenir aussi parfois du carbonate de potasse, de l'acide chromique, de l'acide picrique, etc. ; le deuxième liquide, la couleur, est tout simplement du bois de campêche ; le troisième liquide, la tournée, est une solution de sulfate de fer qui fait virer au noir la teinture de campêche.

La main gauche des teinturières, qui manie la sébile avec laquelle elles jettent les liquides dont elles se servent sur les peaux, trempe constamment dans ces préparations, en particulier par le pouce et par son articulation métacarpo-phalangienne, ce qui semblerait expliquer les localisations que nous avons signalées plus haut. On ne peut cependant s'empêcher de remarquer que la plupart des liquides maniés par ces ouvrières n'ont qu'une action caustique réellement assez peu énergique. Il n'y a guère que l'apprêt, dont la composition varie d'ailleurs suivant les établissements, qui puisse être incriminé. Il nous semble bien que c'est effectivement ce liquide qui est l'agent actif du pigeonneau. C'est ainsi qu'une des dernières malades que nous avons vues à la consultation de l'hôpital Broca-Pascal et dont, pour ce motif, nous avons publié plus haut l'observation (obs. III), nous a donné à cet égard des renseignements de première importance. Cette femme, actuellement âgée de 38 ans, est teinturière en peaux

depuis plus de vingt ans ; jusqu'en 1899 elle avait pu exercer sa profession sans le moindre accident cutané, et dans l'établissement où elle travaillait elle n'avait jamais vu jusqu'à cette époque aucune ouvrière avoir de pigeonneau. Il y a deux ans, on a changé l'apprêt dans la teinturerie où elle travaille ; immédiatement les ouvrières ont vu survenir des pigeonneaux aux mains ; presque toutes en ont présenté. On a été obligé de diminuer l'intensité de l'apprêt ; depuis lors les pigeonneaux sont moins fréquents, mais ils se produisent encore relativement nombreux. Cette malade accuse nettement l'apprêt d'être la cause de ces lésions : il n'entre pas d'urine dans la composition de ce liquide. La même malade nous faisait remarquer que le pigeonneau est bien plus fréquent pendant l'hiver que pendant l'été : ce qui se comprend sans peine si l'on se reporte à la pathogénie que nous avons exposée. En effet, pendant l'hiver les gerçures, les crevasses, les diverses effractions de l'épiderme sont bien plus fréquentes que pendant l'été.

Ces faits nous expliquent pourquoi les pigeonneaux sont pour ainsi dire inconnus dans certaines teintureries, pourquoi ils sont au contraire fréquents dans d'autres : ces différences tiennent à la composition variable des mordants dont on se sert et dont les patrons ne veulent pas faire connaître la formule exacte.

Peut-être aussi faut-il faire jouer un certain rôle dans la pathogénie de cette affection aux diverses substances dont se servent les ouvrières pour se nettoyer les mains et dont les principales sont l'eau de Javelle et l'esprit de sel.

Nous avions aussi pensé tout d'abord que les substances avec lesquelles les ouvriers mégissiers préparent les peaux, substances dont il reste toujours quelques parcelles dans les peaux apprêtées, pouvaient intervenir dans une certaine mesure pour produire les pigeonneaux des teinturières. On sait, en effet, que les ouvriers qui se livrent au travail des pelains présentent souvent des pigeonneaux : leur épiderme est ramolli par le contact incessant de l'eau, et comme ils manient du lait de chaux caustique, les ulcérations se produisent. Il en est de même des mégissiers qui emploient pour l'ébourrage des peaux une pâte composée de chaux et d'orpiment, et chez lesquels se produisent de véritables ulcérations arsenicales. Mais un examen plus minutieux des faits nous a prouvé que le pigeonneau des teinturières ne pouvait être rattaché ni à l'action de la chaux, ni à celle de l'arsenic. Ce sont bien nettement des lésions dues à l'action directe sur les téguments des liquides employés pour la teinture et surtout des mordants, comme nous l'avons démontré plus haut. Nous croyons donc que nous devons adopter, pour expliquer leur pathogénie, les idées émises par Layet à propos des teinturiers en général.

« L'eczéma des mains et des bras, l'irritation chronique du corps

papillaire du derme, les gerçures aux doigts, certaines éruptions et ulcérations spéciales sont des affections communes à tous ceux qui apprêtent et nettoient les étoffes. Elles trouvent leur cause dans le lavage et le blanchiment des étoffes, dans les opérations de dégraissage et de mordançage, la préparation des bains de couleur, l'impression des dessins avec des rongeants ou des couleurs rongeantes, etc... Voici comment ces lésions arrivent généralement : l'épiderme des mains continuellement immergées dans les bains de préparation se flétrit, s'amincit ; les parties superficielles du derme s'irritent et deviennent d'une sensibilité extrême ; bientôt sur les parties latérales des doigts, se forment de petites vésicules au niveau de papilles irritées, l'épiderme aminci se crève, laissant la papille à nu, entourée d'une aréole de squames. C'est alors que le contact avec les acides et les caustiques, principalement l'acide picrique, les chromates de potasse, la chaux, les chlorures, etc..., vient déterminer en ce point, où l'épiderme protecteur n'existe plus, d'abord une inflammation plus vive, puis une ulcération. Il est rare qu'un ouvrier teinturier n'ait point présenté à un moment donné de semblables lésions (Layet, *loc. cit.*). »

Nous pouvons donc conclure en disant que, dans la production du pigeonneau chez les teinturières, l'origine première du mal est dans toutes les causes si multiples qui peuvent déterminer une éraflure de l'épiderme ou une gerçure, causes si fréquentes, surtout pendant l'hiver, chez des personnes qui manient constamment des liquides ; puis intervient le mordant, et plus ce mordant renferme de substances caustiques, plus le pigeonneau a de la tendance à se développer dans une teinturerie donnée. Il y aurait donc lieu de surveiller la composition exacte de ce mordant.

Diagnostic

Le diagnostic du pigeonneau est de la plus grande facilité. L'ulcération à bords taillés à pic, le bourrelet périphérique, la croûte noire centrale quand elle existe, les localisations si particulières, la profession des malades, tout cet ensemble est absolument caractéristique. Ajoutons que chez ces malades les ongles des doigts sont altérés, irréguliers, comme usés et malformés, encadrés d'une bordure de teinture que l'on ne parvient pas à faire disparaître.

Ni la syphilis, ni la tuberculose ne donnent naissance à de semblables lésions, aussi régulières, aussi circonscrites, isolées. L'épithélioma des doigts est de la plus grande rareté, et il ne donne pas, lui non plus, naissance à une ulcération aussi régulièrement arrondie ou ovalaire.

Les chancres simples des doigts sont également fort rares, et ils n'ont ni la profondeur, ni la régularité, ni le bourrelet périphérique du pigeonneau.

On pourrait essayer d'établir un diagnostic différentiel entre le pigeonneau et les ulcérations arsenicales : nous n'en voyons guère pour notre part l'utilité, ni même la possibilité. Les ulcérations arsenicales ont une pathogénie identique à celle du pigeonneau vrai, et celles que nous avons vues, celles que le professeur Hardy a fait mouler au musée de l'hôpital Saint-Louis, ressemblent à s'y méprendre aux pigeonneaux de nos teinturières. Peut-être n'y a-t-il pas au même degré la croûte noirâtre centrale, le même bourrelet dur, arrondi, périphérique, mais ces caractères objectifs différentiels ne semblent pas être constants, et, en réalité, les ulcérations arsenicales sont, tout comme les pigeonneaux vrais, de simples ulcérations par action lente et progressive de caustiques. On ne peut guère les distinguer que par les commémoratifs. D'ailleurs, dans la pathogénie des pigeonneaux des mégissiers, l'arsenic intervient comme substance caustique, puisque ces ouvriers manient de l'orpiment.

Traitement

Quand le pigeonneau est constitué à l'état d'ulcération profonde, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de cesser de travailler. S'il y a des croûtes sur l'ulcération, on les fait tomber par un pansement humide : on le continue s'il y a des parties sphacélées non encore détachées, puis on fait le pansement des ulcérations simples avec une poudre cicatrisante quelconque qui doit varier suivant les susceptibilités individuelles et le degré d'irritabilité des téguments. Si donc le malade souffre beaucoup, on emploie l'orthoforme ; s'il a de la tendance à l'eczéma, le sous-carbonate de fer ou l'iodol, sinon on choisit l'iodoforme, l'europhène, etc.

Presque toujours la cicatrisation se fait régulièrement, sans accidents ; mais lorsque le pigeonneau est profond et étendu, elle peut mettre des semaines pour être définitive.

Quand le pigeonneau ne fait que commencer, il peut suffire de s'enduire d'un corps gras quelconque, axonge, lanoline, aleptine, de jus de tan ou de goudron, puis de mettre un doigt de gant pour protéger hermétiquement la partie malade, et l'on peut ainsi continuer à travailler et arriver à guérir. Il y a des ouvriers qui s'enduisent de collodion : cette pratique nous semble inférieure à la précédente.

La prophylaxie devrait consister tout d'abord, comme nous l'avons dit plus haut, à employer des mordants aussi peu caustiques que possible, et à cet égard le Conseil d'hygiène devrait s'inquiéter de cette question qui a une réelle importance, puisque le pigeonneau peut frapper des ouvriers et des ouvrières d'incapacité de travail pendant des semaines et même pendant des mois. Il faudrait, en outre, que les ouvriers et les ouvrières qui sont exposés au pigeonneau fussent invités à surveiller leurs mains avec la plus grande attention.

Les moindres éraflures, les éruptions les plus minimes devraient être immédiatement soignées, puis protégées par des doigtiers ou par des gants de caoutchouc. Il serait ainsi relativement facile de faire disparaître complètement le pigeonneau des teintureries parisiennes où il sévit avec une réelle fréquence depuis quelques années.

LÉGENDE DES PLANCHES II ET III

Toutes ces planches sont des reproductions de photographies prises dans le service du Dr Brocq, à l'hôpital Broca-Pascal, par M. le Dr Sottas. Les originaux se trouvent au musée Sottas de l'hôpital Broca-Pascal.

Fig. 1. — Photographie de la première malade atteinte de pigeonneau vue à la consultation de l'hôpital Broca-Pascal. 1° Ulcération profonde, à pic, arrondie au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main gauche ; 2° cicatrice déprimée de pigeonneau guérie au niveau de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange du pouce ; 3° altérations professionnelles des ongles (observation non publiée). — La malade était teinturière en peaux.

Fig. 2. — Pigeonneaux typiques. — Femme de 39 ans, teinturière en peaux, observée le 13 juin 1900 à la consultation de l'hôpital Broca-Pascal. 1° Pigeonneau typique au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce de la main gauche, avec le bourrelet périphérique, la croûte centrale noirâtre ; 2° deuxième pigeonneau typique au niveau de la 2e phalange de l'index ; 3° pigeonneau en voie de développement près de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius ; 4° et 5° cicatrices déprimées de pigeonneaux guéris au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce un peu en arrière du pigeonneau en activité et au niveau de la partie médiane de la première phalange de l'index ; 6° altérations professionnelles des ongles (observation non publiée).

Fig. 3. — Photographie de la main gauche de la malade qui fait l'objet de l'observation I du mémoire. Ulcération profonde cratériforme au niveau de l'articulation métacarpo phalangienne du pouce de la main gauche.

Fig. 4. — Photographie de la main droite de la malade qui fait l'objet de l'observation III du mémoire. 1° Pigeonneau typique en voie de guérison au niveau de la partie médiane de la 2me phalange de l'annulaire : on y voit le bourrelet périphérique, la dépression centrale correspondant à l'ulcération en partie cicatrisée avec croûtelle médiane ; 2° en divers points de la face dorsale de la main et des doigts, points noirâtres isolés ou groupés reposant sur des saillies papuleuses, lésions d'eczéma papulo-vésiculeux irritées par les substances irritantes maniées par la malade, et points de départ possibles de pigeonneaux ; 3° altérations professionnelles des ongles des plus accentuées.

Fig. 5. — Photographie de la main droite de la malade qui fait l'objet de l'observation II du mémoire. 1° Pigeonneau typique au niveau de la 2me phalange de l'annulaire ; 2° pigeonneau en rhagade profonde au niveau de l'articulation de la 2me et de la 3me phalange du médius ; lésions unguéales matricielles de l'annulaire et du médius tenant à d'anciens pigeonneaux.

Fig. 6. — Photographie de la main droite d'une femme de 66 ans, teinturière en peaux, observée le 28 janvier 1901 à la consultation de l'hôpital Broca-Pascal. 1° Profonde ulcération au niveau de l'articulation de la 1re et de la 2me phalange du petit doigt ; 2° éruption papulo-vésiculeuse des 2me et 3me phalanges des doigts, points de début des pigeonneaux ; 3° altérations professionnelles des ongles. (Observation non publiée.)

LA VICIATI N HÉMO-URINAIRE DANS LA PELADE

PAR MM.

L. Jacquet, Médecin des hôpitaux. et **L. Portes**, Pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis.

Au cours d'études poursuivies depuis longtemps sur la pelade, l'un de nous (1) a trouvé dans cette dermatose une série de perturbations notables de la normale urinaire admise. Voici les plus importantes : la polyurie; l'élévation du coefficient de déminéralisation, c'est-à-dire l'excès de l'élimination *minérale*, par rapport à l'élimination *organique* ; l'hyperchlorurie ; l'hypophosphaturie et l'hyposulfaturie ; moins fréquemment, mais souvent encore, la présence des pigments et acides biliaires, de l'albumine et des oxalates.

Telles quelles, ces constatations étaient insuffisantes, et par leur nombre restreint — 21 analyses — et par la nécessité où se trouva forcément l'auteur de les envisager *en bloc*, sans nulle distinction touchant l'âge de la maladie, son degré, ses variétés.

Les nouvelles recherches que nous allons résumer, établies sur de plus larges bases, nous ont permis de compléter les résultats précédents, d'établir certaines distinctions nécessaires, et enfin d'introduire dans cette étude un élément nouveau et complémentaire : l'analyse chimique du sang (2).

Notre étude a porté au total sur 65 analyses, dont 8 faites *en série* sur deux de nos malades ; de ces 8 analyses, la première fournie par chacun de ces malades figurera seule au tableau général et aux graphiques qui vont résumer nos résultats ; les 6 autres en effet ont été faites après intervention diététique et thérapeutique : il nous paraît donc légitime et intéressant de les envisager à part.

Reste un bloc de 59 analyses portant sur autant de pelades de tout âge, de tout degré, de toutes variétés, étant bien entendu, que

(1) L. JACQUET. Nature et traitement de la pelade. *Annales de dermatologie*, 1900, p. 584.

(2) Nous avons été constamment aidés dans ce travail par deux jeunes savants de mérite, MM. Caillias et Desmoulières, préparateurs du laboratoire de pharmacie : nous leur assurons ici notre vive gratitude.

Nous considérons comme très important de noter que toutes nos analyses ont porté sur l'urine *totale* de vingt-quatre heures; et qu'il est très difficile d'amener les malades, ceux surtout de la ville, à la réalisation exacte de cet élément indispensable. Maintes fois, après explications minutieuses, un malade nous a apporté *un* ou *deux* litres, négligeant un excédent considéré comme superflu. Il faut, par des questions répétées sous diverses formes, s'assurer que cette condition est scrupuleusement remplie.

nous n'avons fait aucune sélection quelconque *aux fins d'urologie*.

Nous avons adopté comme étalon comparatif les moyennes admises par Yvon et Vieillard. Sa notion nous paraît indispensable à l'appréciation de nos résultats et nous croyons devoir les indiquer ici, en ajoutant que nous avons considéré comme *au-dessus* de la normale les chiffres *seulement* qui dépassent le *maximum* de cette évaluation; comme *au-dessous* les seuls chiffres inférieurs à son *minimum*.

NORMALE URINAIRE (pour vingt-quatre heures).

Volume	1.200 à 1.400cc
Matières fixes à 100°	46 à 56 gr.
Partie organique	30 à 35
Partie minérale	16 à 21
Chlorures (en chlorure de sodium)	10 à 12
Phosphates (en acide phosphorique anhydre)	3.20
Sulfates (en sulfate de soude)	4.3
Acide urique	0.50 à 0.60
Rapport azoturique	85 à 90 p. 100
Coefficient de déminéralisation	30 p. 100
Rapport de l'acide urique à l'urée	1/25
— de l'acide phosphorique à l'urée	1/12
— de l'acide phosphorique à l'azote total	18 p. 100
— du chlorure de sodium à l'urée	42 —
— du chlore à l'azote total	48 —

Nous donnons d'abord le tableau résumant la *quotité* de chacun des troubles urinaires observés dans l'ensemble des 59 cas, et dans chaque variété envisagée à part suivant la division ci-dessous :

Pelades minimes, peladettes	2 cas
— moyennes	25 —
— au début	5 —
Grandes pelades de l'adulte	12 —
— — de l'enfance	8 —
Pelades en repousse	7 —
Résultat d'ensemble	59 —

Une telle classification, certes, est artificielle. Pas de ligne de démarcation, évidente de soi-même, entre peladettes et pelades moyennes, entre celles-ci et les grandes pelades. Les premières comprennent seulement 2 cas de pelade à petit disque unique, à repousse *rapide*, et non récidivées jusqu'ici, à notre connaissance. Ici pas de difficulté. Mais comment classer un cas de pelade à *deux petits disques*, assez vite guéris, mais tôt récidivés? Est-ce là une *peladette?* Nous ne l'avons pas admis, et ce cas figure parmi les pelades moyennes; or, il est de ceux où la viciation urologique est très notable, en flagrante disproportion avec l'alopécie, et seul suffirait à exclure

un parallélisme rigide entre cette viciation, *envisagée à titre absolu*, et la défaillance de la trichopoièse.

D'autre part, parmi les grandes pelades, il en est en repousse au moins partielle, mais où l'alopécie pourtant domine. Cela nous a paru suffisant pour les laisser aux grandes pelades *en activité;* tandis que, d'autre part, les pelades dites *en repousse* sont réservées aux surfaces glabres en voie de guérison totale.

Voici maintenant une casuistique plus délicate : telle malade nous arrive avec une aire unique et restreinte, un assez bon état général, et nous fournit une analyse à viciation médiocre. Nous la revoyons près d'un an plus tard : l'état général s'est franchement déséquilibré ; les disques se sont multipliés et étendus, et nous n'obtenons pas de nouvelle analyse. Faut-il inscrire parmi les *grandes* pelades celle qui nous a été fournie ? Nous ne l'avons pas pensé, et elle figure aux cas moyens, puisque tel était bien, au point de vue pilaire, le cas de l'organisme alors en cause. Nous pourrions multiplier ces exemples : ceux-ci suffisent à montrer quelles sont les difficultés d'une classification de ce genre, et dans quel esprit est conçue la nôtre.

QUOTITÉ DES PRINCIPAUX TROUBLES UROLOGIQUES DANS 59 CAS DE PELADE VULGAIRE

	ENSEMBLE 59 CAS	PELADETTES 2 CAS	PELADES MOYENNES 25 CAS	PELADES AU DÉBUT 5 CAS	GRANDES PELADES (ADULTES) 12 CAS	GRANDES PELADES (ENFANCE) 5 CAS	PELADES MOYENNES EN REPOUSSE 7 CAS
Polyurie	22	0	10	2	9	0	1
Oligurie	9	1	2	1	0	4	1
Hyperurie résiduelle (1)	40	0	17	4	11	3	5
Hyperchlorurie	47	1	23	5	12	4	2
Hypophosphaturie	49	2	19	4	11	8	5
Hyposulfaturie	35	1	19	2	3	6	4
Excès urique	32	2	16	3	7	1	3
Cholurie	25	0	12	1	3	5	4
Oxalurie	14	1	6	1	1	3	2
Albuminurie	12	0	6	0	3	2	1
Urobilinurie	3	1	1	0	0	0	1
Glycosurie	2	0	2	»	»	»	»
Hyperdéminéralisation relative (2)	45	2	22	4	11	5	2
Hyperdéminéralisation absolue	31	0	13	4	11	1	2

(1) Nous nommons *Hyperurie résiduelle*, l'excès, sur le chiffre *maximum* des limites normales, du taux des matières fixes urinaires à 100°.

(2) L'hyperdéminéralisation relative n'est autre chose que le coefficient de déminéralisation ; elle peut être distincte de l'hyperdéminéralisation *absolue*, ou excès *absolu* des matières minérales, sur le *maximum* de la normale admise.

Ce tableau, sauf les réserves précédentes sur l'arbitraire obligé de la classification qu'il présente, montre bien quelle est la fréquence d'ensemble des principaux troubles urinaires dans la pelade, et leur fréquence respective selon les degrés et étapes de la dermatose.

On remarquera la disparité qui existe au point de vue urologique entre les grandes pelades de l'âge adulte et celles de l'enfance : ici, pas de polyurie, mais fréquemment l'oligurie ; rarement l'*hyperurie résiduelle*, et aussi l'*hyperchlorurie*. Or ces résultats si discordants avec ceux que fournit l'adulte, nous semblent suspects : il est malaisé

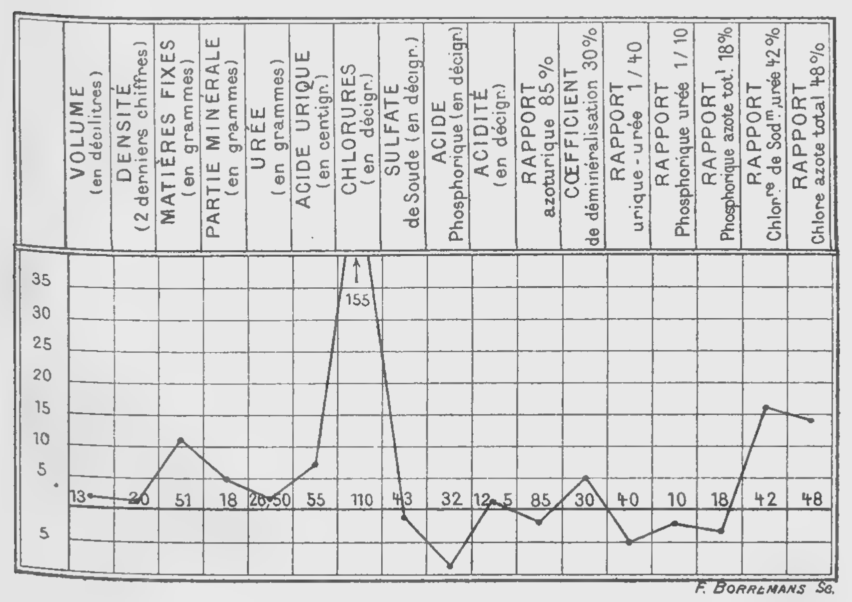


FIG. 1. — Résultats d'ensemble.

à coup sûr, de recueillir chez l'enfant la quantité *totale* des urines de vingt-quatre heures et nos chiffres ne valent que par là. Il est clair en effet que ce premier élément étant vicié *par défaut*, l'*hyperurie résiduelle* se trouvera moins fréquente, moins fréquente aussi ou nulle l'*hyperchlorurie*, et quant aux troubles non plus par excès, mais par défaut, comme l'*hypophosphaturie* et l'*hyposulfaturie*, ils sont constants ou fréquents, mais frappés de suspicion en sens inverse. Un fait, par contre, tend à prouver que chez les enfants aussi, la viciation urologique est profonde, c'est la fréquence relative des anormaux : bile, albumine, oxalates.

Voici maintenant une série de graphiques (1), qui après la *quotité* de ces troubles, vont en montrer la *quantité :* ils sont obtenus, pour

(1) Ces graphiques montrent le taux des *excreta* et le *quantum* des rapports urologiques comparés à la ligne équatoriale représentant la moyenne *idéale*. Les

chacun des modes de groupements ou variétés qu'ils résument, en additionnant respectivement les chiffres fournis par les éléments congénères de chaque analyse, et en prenant leur moyenne, au prorata du nombre des cas.

De l'étude du tableau, comme de celle des graphiques quelques points saillants vont se dégager sans effort :

1° La fréquence d'un taux élevé des matières fixes urinaires, de

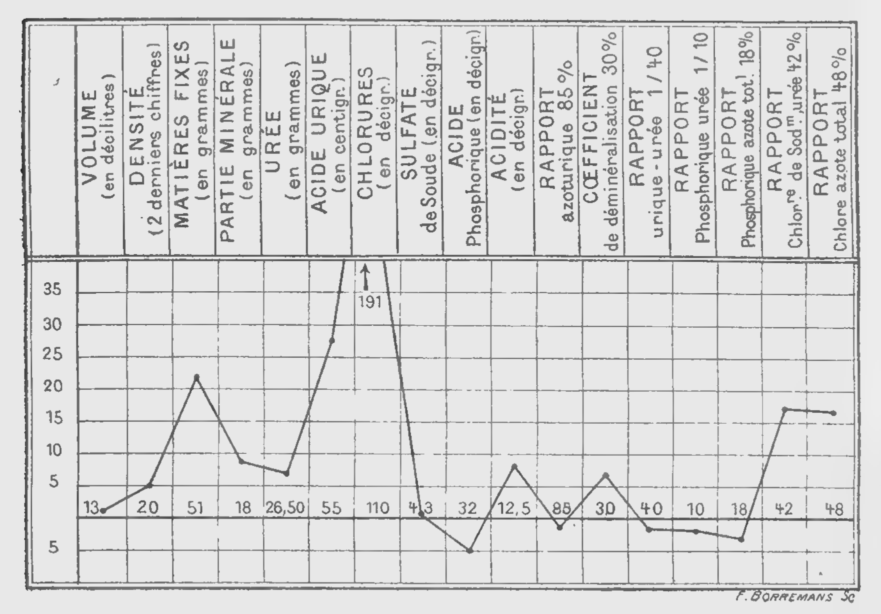


FIG. 2. — Pelade au début.

hyperurie résiduelle, trahissant soit une dénutrition trop active, soit un vice d'assimilation, soit même les deux réunis. Ce trouble, présent dans les 2/3 des cas, est parfois énorme ; nous l'avons vu atteindre le double et presque le triple de l'élimination normale ; on remarquera qu'il est à son acmé dans le graphique des grandes pelades et des pelades au début.

2° L'hyperchlorurie : c'est un des faits les plus saisissants de cette étude. Ce trouble presque constant, est souvent aussi très notable par son degré ; à titre individuel, nous l'avons vu atteindre près du *triple* de l'élimination normale quotidienne ; à titre collectif, dans les grandes pelades et les pelades au début, il monte environ au *double* de cette élimination. Et par contre, il est remarquable de le voir revenir à la normale dans les pelades en *repousse*. Il semble

chiffres inscrits immédiatement au-dessus d'elle et le point nodal du graphique dans la colonne correspondante, doivent être lus en *fonction* du mode numéral inscrit dans le cartouche supérieur.

donc y avoir, chez les peladiques, une véritable *déchloruration* et il

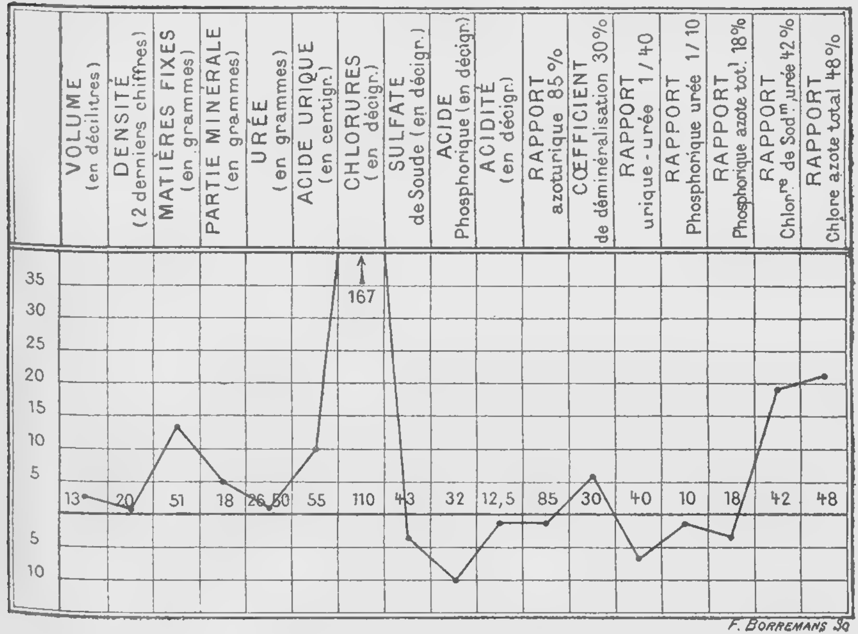


FIG. 3. — Pelades moyennes.

serait d'un haut intérêt de connaître quelle est, à ce point de vue, la

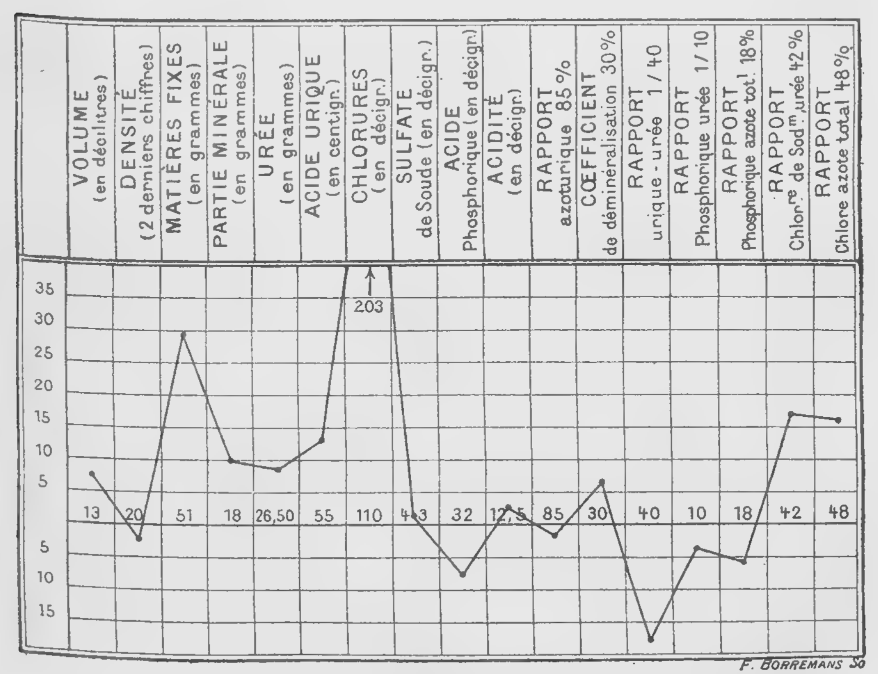


FIG. 4. — Grandes pelades.

teneur du sang chez ces malades : *cette notion nouvelle, nous l'apportons plus loin.*

De façon générale on a peu tenu compte, en pathologie, de la richesse des humeurs en chlorures, attribuant trop exclusivement la *variabilité* de cet élément à la plus ou moins grande chloruration alimentaire : c'est là, a-t-on dit, le coefficient « du boulanger ».

Cette opinion nous semble excessive; il est possible qu'à l'état de santé, le chlore urinaire soit le reflet exact du chlore introduit par l'alimentation. Il s'agit non, dans notre étude, d'un trouble pas *variable*, mais au contraire dont la fixité est surprenante. D'ailleurs,

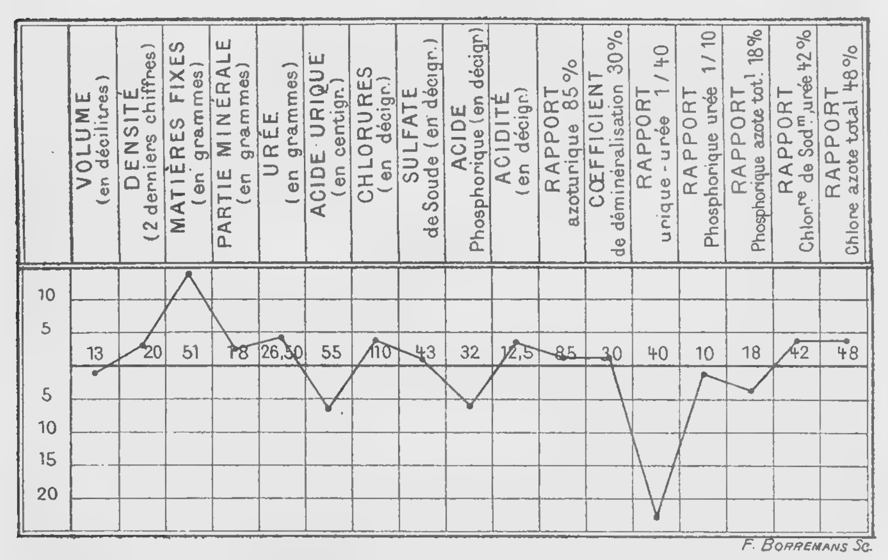


Fig. 5. — Pelades en repousse.

on a signalé, il y a longtemps déjà, l'hyperchlorurie dans certaines affections prurigineuses.

3° L'hypophosphaturie : elle est presque constante, et son taux est assez important, eu égard surtout au faible chiffre du phosphore urinaire normal, non moins qu'au rôle considérable de ce corps dans l'économie.

4° L'hyposulfaturie : elle peut avoir de l'importance, étant donné le rôle particulier du soufre dans la composition des poils.

5° En somme, dans la pelade prise en bloc, l'analyse traduit une viciation nutritive, trop fréquente, trop complexe, trop importante, pour être négligeable ; et d'autre part, en comparant, *non pas les cas individuels entre eux*, mais bien un certain nombre de cas comparables comme degré et comme phase évolutive, le maximum de défaillance trichopoiétique semble bien correspondre au maximum de viciation nutritive.

Et nous sommes ainsi logiquement inclinés à croire non à une juxtaposition fortuite, mais à une *relation* entre ces deux vices pathologiques.

*
* *

Ces troubles urinaires, incontestables, et, à notre avis, influençant la dermatose, lui sont-ils spéciaux ? Rien dans les résultats de cette étude ne nous permet de l'affirmer.

Et d'abord, cela est clair, parmi ces troubles, nul élément *spécifique.*

Nous nous gardons d'ailleurs de rien préjuger ; il est fort possible, qu'en suivant l'orientation indiquée par les belles recherches de A. Gautier, l'on parvienne à constater un trouble dans l'élimination de telle ou telle substance, plus spécialement en rapport avec la trichopoièse (1).

Y a-t-il au moins dans la modalité des troubles que nous étudions quelque chose de spécial à la pelade ? Notre étude est trop sommaire encore pour pouvoir même le supposer.

Nous avons recueilli d'autre part un assez grand nombre d'analyses semblables en des états morbides très variés : neurasthénie, rhumatisme, névralgies diverses, psoriasis, lichen, eczéma, herpès, prurit, prurigo, furonculose, syphilis, agénésie pilaire, calvitie, acné, séborrhée, etc. ; nous y avons relevé plus ou moins fréquemment des troubles analogues, mais ces analyses, pour chaque maladie, sont en nombre trop restreint, pour que nous puissions établir une comparaison valable.

D'ailleurs, l'évaluation même grossière, de la formule urologique en telle ou telle maladie, présente des difficultés énormes. La moyenne normale elle-même n'a qu'une valeur médiocre. En réalité il semble y avoir pour chaque individu un « coefficient de vitalité personnelle » se traduisant entre autres réactions nutritives, par un « coefficient urologique individuel », et c'est dans les variations de ce coefficient que les indications les plus précieuses sur la viciation trophique générale, et sur les viciations trophique locales, qui la reflètent, ont quelque chance d'être trouvées (2).

Cela ne pourrait être réalisé dans une certaine mesure que par l'auto-observation journalière, confrontée avec l'analyse urologique, *très fréquente*, d'un grand nombre de sujets, dès l'état de santé apparente, où s'ébauche le fait pathologique prochain, ou éventuel. Dans l'espèce il nous faudrait tout au moins, pour serrer d'un peu

(1) A. GAUTIER. La fonction menstruelle et le rut des animaux. Rôle de l'arsenic dans l'économie. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1900, t. p. 361.

(2) Voir à ce sujet l'excellent livre de VIEILLARD : *L'urine humaine*, auquel nous empruntons les expressions guillemettées ; p. 80-81.

près les conditions de notre problème : 1° des moyennes bien faites en santé apparente, pour des séries de sujets comparables comme âge, poids, sexe, conditions d'hérédité, d'air et d'hygiène générale; 2° des moyennes établies sur un grand nombre de cas de chaque dermatose, dans *chacune* des séries précédentes ! C'est dire qu'il nous faudrait l'impossible, en l'état actuel de la science.

A défaut, l'on peut du moins, pour les grandes dermatoses, établir des moyennes comparables aux nôtres, et peut-être y pourra-t-on discerner, plus ou moins confuse, une orientation un peu spéciale à chaque famille.

Cela même, dans ces proportions modestes, ne nous paraît pas sûr, et il est plus probable, comme le disait l'un de nous, qu'il faudra renoncer à la « formule urologique de la pelade », de telle autre dermatose, et même des dermatoses en général ; et se borner à constater l'existence d'un « humus dystrophique commun, mais que la juxtaposition d'éléments surajoutés vient morphologiquement spécifier (1) ». Et cela ne nous coûte guère à nous qui croyons surtout à la force pathogène des causes BANALES.

***

Voilà donc les notions que nous pouvons tirer, dans la pelade, d'un ensemble d'analyses représentant pour chaque peladique une « tranche » isolée de sa nutrition, autant du moins que la trahit l'analyse urinaire.

Mais nous avons pu, en quelques cas spéciaux, obtenir plusieurs de ces « tranches » successives qu'il y a intérêt à juxtaposer.

Voici d'abord une série de cinq analyses, réunies en un tableau comparatif (2) :

PREMIÈRE SÉRIE URO-PELADIQUE

NORMALE		20 juill. 1899	15 sept. 1899	16 juill. 1900	21 juill. 1900	28 juill. 1900
1 à 1.400	Volume	2.000	1.000	1.090	1.600	740
1.018 à 1.022	Densité	1.013	1.026	1.021	1.016	1.028
48 à 56	Matières fixes à 100° totales	61.650	59.834	48.336	57.600	41.573
30 à 35	Matières fixes à 100° organiques	39.226	41.071	37.190	44.000	28.808
16 à 21	Matières fixes à 100° minérales	22.424	18.763	11.145	13.600	12.765
26.50	Urée	26.620	32.025	26.358	32.536	21.230
0.50 à 0.60	Acide urique	0.496	0.512	0.348	0.384	0.518
10 à 12	Chlorure de sodium	14.742	10.413	4.846	9.078	9.090
4.3	Sulfates (en sulfate de soude)	4.732	3.182	2.200	5.004	3.562

(1) L. JACQUET. *Loc. cit.*

(2) Voir la première partie de l'observation de ce malade dans le mémoire cité de L. JACQUET, *Annales de Dermatologie*, 1900, p. 585.

3.20	Phosphates (en acide phosphorique anhydre).....	1.004	3.050	2.843	2.913	1.540
90 p. 100	Rapport azoturique......	83 0/0	87 0/0	90 0/0	89 0/0	90 0/0
30 —	Coefficient de déminéralisation................	36 0/0	31 0/0	23 0/0	23 0/0	30 0/0
1/40	Rapport de l'acide urique à l'urée..............	1/51	1/62	1/75	1/84	1/41
1/10	Rapport de l'acide phosphorique à l'urée......	1/25	1/10	1/9	1/11	1/13
18 p. 100	Rapport de l'acide phosphorique à l'azote total.	7 0/0	17 0/0	20 0/0	20 0/0	14 0/0
42 —	Rapport du chlorure de sodium à l'urée.......	57 0/0	32 0/0	18 0/0	27 0/0	42 0/0
48 —	Rapport du chlore à l'azote total................	62 0/0	37 0/0	21 0/0	33 0/0	50 0/0

La première de ces analyses a été faite, le malade étant au plein d'une décalvante universelle, sans traitement depuis longtemps et exerçant le métier d'infirmier : elle est une des composantes du graphique n° 4 (grandes pelades) et l'on y trouve l'ensemble des troubles urologiques afférents à cet état.

La seconde a été faite deux mois plus tard, au cours d'une violente courbature fébrile : fait curieux, et à propos duquel nous épargnons au lecteur quelques hypothèses faciles, la plupart des chiffres urinaires sont rectifiés et ramenés à *la normale.*

Les trois suivantes ont été faites dans une même quinzaine, ce malade ayant quitté son métier d'infirmier pour celui de garçon de laboratoire, et dès lors mieux nourri, moins surmené et en voie de trichopoièse appréciable. On y voit : 1° que la rectification des chiffres ou rapports urinaires s'est sensiblement maintenue ; 2° que dans ces limites générales, il y a cependant d'une analyse à l'autre des variations assez étendues semblant témoigner d'une sorte d'*ataxie* nutritive.

Voici maintenant une série de trois analyses portant sur un malade atteint d'une pelade en disques, d'intensité moyenne :

DEUXIÈME SÉRIE URO-PELADIQUE

NORMALE		31 août 1900	oct. 1900	24 oct. 1900
1 à 1.400	Volume........................	2.500	1.700	1.600
1.018 à 1.022	Densité........................	1.023	1.024	1.023
48 à 56	Matières fixes à 100° — totales..............	118.850	91.460	83.056
30 à 35	Matières fixes à 100° — organiques..........	89.934	60.860	55.840
16 à 21	Matières fixes à 100° — minérales............	28.915	30.600	27.216
26.50	Urée......................	67.306	40.732	40.992
0.50 à 0.60	Acide urique..................	1.039	0.642	0.640
10 à 12	Chlorure de sodium.......... .	20.182	21.879	18.251
4.3	Sulfates (en sulfate de soude)...	7.318	5.548	5.483
3.20	Phosphates (en acide phosphorique anhydre)................	4.616	4,154	4.179
90 p. 100	Rapport azoturique............	85 0/0	87 0/0	88 0/0

30 p. 100	Coefficient de déminéralisation..	24 0/0	33 0/0	32 0/0
1/40	Rapport de l'acide urique à l'urée.	1/64	1/63	1/64
18 p. 100	Rapport de l'acide phosphorique à l'urée.....................	1/14	1/9	1/9
42 —	Rapport de l'acide phosphorique à l'azote total................	12 0/0	19 0/0	19 0/0
48 —	Rapport du chlorure de sodium à l'urée......................	30 0/0	53 0/0	44 0/0
0	Rapport du chlore à l'azote total.	33 0/0	60 0/0	51 0/0
0	Pigments biliaires.............	présence	0	0
0	Oxalates.....................	1	1	1
0	Urobiline.....................	1	0	0

La première, faite à l'entrée, révèle un désordre trophique profond ; la deuxième et la troisième, faites après six semaines de traitement général et local, montrent une tendance déjà notable à la normale, cependant que la repousse était déjà en pleine activité.

Au total, ces séries renforcent les données précédentes, et *de même que la défaillance maxima de l'énergie pilaire semble correspondre, dans l'ensemble, au maximum de la viciation urologique, de même la rectification des excreta et de leurs rapports semble favoriser la renaissance de la trichopoïèse.*

*
* *

Ces faits suffisent à nous faire admettre que la nutrition est toujours plus ou moins profondément troublée chez les peladiques : ils sont impuissants à nous faire comprendre la nature intime de ce trouble. La viciation urinaire, tout nous porte à le croire, n'est que le reflet d'une viciation sanguine, mais il n'est pas indifférent de donner la preuve expérimentale d'une hypothèse même plausible, et d'ailleurs, quels pouvaient être le mode et le degré de cette viciation de l'hémopoïèse ? Nous avons tenté de le savoir, au point de vue chimique tout au moins ; et le sang provenant d'une saignée de 200 grammes a été analysé. Voici les résultats, joints à ceux fournis pour le sang normal, par Verdeil et par Schmidt.

ANALYSE DE SANG CHEZ UN PELADIQUE

	COMPOSITION DU SANG D'APRÈS VERDEIL	COMPOSITION DU SANG D'APRÈS SCHMIDT	SANG ANALYSÉ
	—	—	—
Cendres p. 100 de sang..........	0.650	0.788	0.8277
Chlore Cl......................	0.24375	0.2620	0.2195
Acide sulfurique SO^4H^2........	0.01105	0.0670	0.06749
Acide phosphorique PO^4H^3....	0.061775	0.02099	0.07376
Potassium....................	0.08255	0.17390	0.11260
Sodium.......................	0.16670	0.1902	0.1341
Magnésie.....................	0.006435	0.006273	0.00765
Chaux CaO....................	0.01920	0.010458	0.01526
Fer en Fe^2O^3..................	0.052390	»	0.1442

Il est intéressant de comparer cette analyse du sang à celle de l'urine faite précisément l'avant-veille (1).

On y trouve une richesse anormale en cendres, qui rend d'autant plus frappante la *pauvreté* en chlore et en sodium. On ne saurait manquer de rapprocher cette *hypochlorémie* de l'hyperchlorurie, *au même moment* si manifeste : il y a bien décidément, en un tel cas, une véritable *déchloruration* de l'organisme. On est en droit aussi, songeant à la saisissante action *tonique* des injections chlorurées, et d'autre part à l'hypotonie locale et aux hypotonies générales des peladiques (2), de rapprocher ces faits, de trouver qu'ils s'éclairent mutuellement et de conclure qu'il y aurait grand avantage à introduire largement, dans la cure peladique, les injections de chlorure de sodium.

* * *

Ainsi, de plus en plus, la pelade, sans distinction d'âge et de variétés, nous paraît associée à des troubles complexes de la nutrition, que l'on ne saurait négliger, quelle que soit d'ailleurs la pathogénie préférée.

Si l'on tient pour l'hypothèse parasitaire, il faut tout au moins reconnaître que la classique notion du « terrain » commence à sortir de l'abstraction pure.

Cette tendance, d'ailleurs, n'est point la nôtre : plus que jamais nous croyons à l'inanité de la pelade *microbienne*, *contagieuse* et *épidémique;* plus que jamais cette dermatose nous apparaît comme un trouble trophique *local*, greffé sur une viciation trophique *générale*, et simple épisode, en surface, de cette dystrophie profonde.

Celle-ci PRÉCÈDE, reliée au défaut dermique par des traits d'union à peine soupçonnés encore et probablement très divers. Elle PRÉCÈDE et ACCOMPAGNE, plus ou moins modifiée suivant les conditions générales de la vie : entre ces deux facteurs, un certain parallélisme, flottant et vague, mais que l'hygiène et la thérapeutique pourront serrer en l'améliorant. Elle PRÉCÈDE, ACCOMPAGNE et SURVIT, car le trouble dermique plus directement accessible et suscité par des conditions plus fugaces, peut disparaître avec elles. Elle PRÉCÈDE, ACCOMPAGNE, SURVIT et PROVOQUE, par la complicité de conditions nouvelles, des lésions ou troubles nouveaux de physionomie et de siège très différents, pris à leur tour pour des entités autonomes, *spécifiques*, ayant aussi leur microbe, et jugées sans liaison quelconque ni avec la pelade oubliée, ni avec la dystrophie profonde méconnue.

(1) Voir la deuxième série uro-peladique : analyse du 24 octobre 1900.
(2) Voir L. JACQUET. *Loc. cit.*, passim.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 15 AVRIL 1901

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société, par M. HALLOPEAU, secrétaire général. — Sur la nature parasitaire du psoriasis, par M. HALLOPEAU. — Présentation de lupiques traités par le permanganate de potasse, par M. HALLOPEAU. — Sur le traitement du lupus par le permanganate de potasse, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. BESNIER, HALLOPEAU, LEREDDE.) — Alopécie syphilitique peladoïde, par M. BARTHÉLEMY. — Plaques atrophiques du front avec cercle limitrophe papulo-pigmentaire et papules isolées pigmentaires périphériques, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. BROCQ, HALLOPEAU.) — Tuberculose disséminée développée à la suite d'une rougeole, par M. DU CASTEL. — Eschare de la fesse consécutive à une infection d'huile biiodurée, par M. BROCQ. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BARTHÉLEMY, BRUCHET, RENAUT, CRÉQUY, DANLOS, JULLIEN, GAUCHER, SABOURAUD.) — Coexistence d'une syphilide tertiaire dans la gorge et sur le corps d'un lichen scrofuleux superficiel, par M. DANLOS. (Discussion : MM. HALLOPEAU, SABOURAUD.) — Sur un nouveau traitement des lupus tuberculeux, par M. DANLOS.— Altération des cheveux voisine du moniléthrix, par M. DANLOS. (Discussion : M. SABOURAUD.)— Syphilis méconnue. Lésions osseuses datant de deux ans, par MM. GAUCHER et COYON. (Discussion : MM. RENAUT, GAUCHER.) — Mélanodermie arsenicale, par MM. GAUCHER et H. BERNARD.— Troubles trophiques des extrémités digitales par névrite traumatique. Leur traitement par les bains électriques locaux, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE.— Impétigo sycosiforme de la barbe, par M. BALZER. — Lichen de Wilson avec localisations péripilaires, par MM. HALLOPEAU et FOUQUET. — Sur trois cas de poussées tuberculeuses ganglionnaires et cutanées survenues peu de temps après une infection syphilitique, par MM. HALLOPEAU et FOUQUET. — Présentation de l'appareil de Lortet et Genoud pour la photothérapie, par M. GASTOU. (Discussion : M. LEREDDE.) — Troisième observation de lupus érythémateux avec cellules géantes, par M. AUDRY. — Épithéliomatose juvénile disséminée des organes génitaux externes, par M. AUDRY.

Ouvrages offerts à la Société.

M. BROCQ présente à la Société, de la part d'un de ses externes, M. P. Darbois, une thèse intitulée : *Traitement du lupus vulgaire suivant les indications.* M. Darbois a cherché à montrer de quelle manière on devait régler le traitement du lupus, étant donné qu'il n'existe aucune méthode qui réponde à tous les cas.

LORTET et GENOUD. — 1° Appareil photothérapique sans condensateur. Extr. : *Comptes rendus Académie des sciences*, 4 mars 1901. — *La lumière agent thérapeutique.* Lyon, A Rey, 1900.

Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société.

Par M. H. HALLOPEAU, *secrétaire général.*

L'année 1900 restera marquée dans l'histoire de notre École dermatologique par la réunion, à l'hôpital Saint-Louis, du IVe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. La tâche a été grande : il a fallu organiser cette assemblée, y attirer par l'importance des questions inscrites à l'ordre du jour et le choix des rapporteurs la grande majorité des dermatologues français et étrangers, être en mesure de les recevoir dignement en même temps qu'agréablement, leur mettre sous les yeux les prodigieuses richesses cliniques de nos hôpitaux spéciaux, leur montrer que l'histologie, la bactériologie et l'expérimentation ont, parmi nous, des adeptes ardents, leur présenter les témoignages que nous donnent constamment de leur activité artistique notre Baretta et notre Méheux, accueillir et soumettre à la discussion toutes les communications originales dignes d'intérêt, et enfin, mettre au point plusieurs des grandes questions scientifiques qui restent obscures. Nous ne craignons pas de dire que ce vaste programme a été rempli à la grande satisfaction de tous et que notre réunion a été, de l'avis unanime, une de celles où l'on a le plus fructueusement travaillé. Permettez-moi de rendre ici publiquement hommage à ses deux principaux organisateurs : j'ai nommé son président, M. Besnier, et son secrétaire général, M. Thibierge.

Faut-il dire que toutes les questions qui ont été étudiées dans ce Congrès doivent être considérées comme définitivement résolues ? On sait, hélas, qu'il n'en est rien et que nombre de maladies des plus importantes et des plus répandues, telles que l'eczéma et la pelade, comptent encore, au point de vue de leur nature, parmi les énigmes : il appartiendra au siècle nouveau d'élucider ces difficiles problèmes.

En dehors du Congrès, auquel elle n'a pas pris part officiellement, notre Société a continué à prospérer : comme chaque année depuis sa fondation, ses séances ont été fécondes en productions nouvelles ; on peut même dire que nos richesses scientifiques se trouvent en excès si on les compare à nos richesses pécuniaires. Nous aurions, en effet, des matériaux suffisants pour multiplier dans des proportions notables le nombre de nos séances et, par conséquent, de nos productions : le seul obstacle qui vienne s'y opposer est l'impossibilité où nous nous trouvons, dans notre situation financière actuelle, d'augmenter les frais qu'entraîne la publication de notre Bulletin. Il nous faudra attendre des jours meilleurs pour donner à notre Société cette nouvelle source de prospérité.

Nous faut-il encore formuler les mêmes *desirata* que ces années passées relativement à l'insuffisance trop évidente de notre personnel

de laboratoire? Nous ne saurions, hélas! nous dissimuler que ce serait en vain. Nous devons donc chercher un *modus vivendi* qui nous assure la possibilité de compléter par les études histologiques et bactériologiques nos observations cliniques. Pour ce qui est des recherches courantes, telles que celles des bacilles de Koch ou de Hansen, ou celle des gonocoques, nous trouvons le plus souvent, dans nos internes, des aides déjà expérimentés ; on peut se demander cependant s'il n'y aurait pas lieu d'ajouter aux épreuves d'admission à l'internat un examen bactériologique, car souvent l'interne ne fait cet apprentissage spécial que dans le courant de sa première année d'études, et son premier service en souffre ; mais, à côté de ces recherches devenues banales et de connaissance commune, il en est d'autres qui exigent une expérience telle que des études prolongées dans notre milieu spécial permettent seules de l'acquérir. Nous sommes heureux de trouver à cet égard, dans le chef du laboratoire municipal qui a été installé à Saint-Louis, le concours le plus utile : à notre avis personnel, ce laboratoire municipal devrait devenir le laboratoire central de l'hôpital Saint-Louis : il suffirait pour cela d'un trait de plume et de l'argent qui est devenu libre par suite de la suppression si regrettable des aides de laboratoire.

Dans un autre ordre d'idées, nous attendons toujours l'installation du service et du musée de photographie qui évolueraient de pair avec le musée Baretta : nous ne doutons pas que nos réclamations incessantes à ce sujet n'aboutissent, dans la série des âges, à une solution satisfaisante, mais, en attendant, nos générations d'étudiants manquent d'une source importante d'instruction, et nombre de faits intéressants sont définitivement perdus pour la science.

En terminant, permettez-moi de souhaiter la bienvenue à une nouvelle Société que nous sommes en droit de considérer un peu comme une fille de la nôtre, bien qu'elle ait pris origine à la Conférence de Bruxelles, sous les auspices de M. le professeur Fournier : c'est la *Ligue contre la syphilis;* nos collègues auront à cœur de s'associer à cette œuvre de protection sociale, dont la création inaugure heureusement le XX[e] siècle.

Je dois enfin vous rappeler que le nombre des membres de notre Société à continué à s'accroître : MM. Bodin, Bonnet, Bourges et Bureau ont été élus membres titulaires ; MM. Breda, Doutrelepont, Hansen, Hyde, Kœbner, Lanz, Lesser, Stephen Mackenzie, Mibelli, Pawloff, Petersen, Tommasoli, Neisser, Gay, Gluck, Jadassohn, Lassar, Mendes da Costa, Baldomero Sommer, Thomachewski, Touton, Veiel et Wolff, membres correspondants.

Nous nous félicitons de pouvoir considérer comme nôtres ces éminents confrères que nous serons heureux de voir prendre activement part à nos travaux.

Sur la nature parasitaire du psoriasis.

Par M. HALLOPEAU.

Dans le *Traité de dermatologie* que nous avons publié avec notre collègue Leredde, nous nous sommes efforcés d'établir que le psoriasis est une maladie parasitaire ; nous avons invoqué, en faveur de cette manière de voir, les cas de contagion authentiques que divers auteurs ont fait connaître, la marche excentrique des altérations, et surtout l'expérience de Destot, que nous avons considérée comme démonstrative.

L'exactitude de cette appréciation ayant été contestée dans la dernière séance, nous avons cru devoir faire à cet égard une enquête dont nous demandons à la Société de vouloir bien entendre les résultats.

Disons d'abord que l'expérience de Destot n'a pas attiré l'attention autant qu'elle le méritait : dans la plupart de nos classiques on se contente de la citer, en ajoutant qu'elle n'est pas probante ; tout récemment, M. Boullay, dans une excellente étude sur la théorie parasitaire du psoriasis, l'a passée sous silence.

Pour l'apprécier en connaissance de cause, nous nous sommes reporté à la communication qu'a faite M. Destot et qui a été publiée dans le journal *la Province médicale*, ainsi qu'à la discussion dont elle a été l'objet en 1890 à la Société de médecine de Lyon ; puis, pour être plus complètement éclairé, nous avons prié M. Destot de vouloir bien nous donner des renseignements complémentaires sur les phénomènes qui se sont manifestés chez lui à la suite de l'inoculation ; nous avons également demandé à notre collègue, M. Horand, de vouloir bien préciser les objections qu'il a opposées à l'interprétation de Destot et qui ont puissamment contribué à la faire considérer comme défectueuse.

Voici d'abord les faits :

M. D..., âgé de 25 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires au point de vue dermatologique ; ni son père, ni sa mère, n'ont eu d'affections cutanées.

Lui-même n'a à signaler, à ce point de vue, que quelques vésicules d'herpès génital.

Le 9 mai, à 5 heures du soir, son collègue d'internat, M. Cuilleret, lui fait, sur sa demande, des scarifications sur le bras droit, à l'empreinte deltoïdienne, et, après lavage à l'éther, y insère une plaque jeune et complète de psoriasis détachée du bras d'un enfant et développée sur une pustule vaccinale : écailles épidermiques, pellicule psoriasique, un peu de sang et de lymphe, tout y est compris. Un carré de diachylon fixe le tout jusqu'au lendemain, à 2 heures de l'après-midi ; ni les coudes, ni les genoux, scrupuleusement examinés, ne présentaient la moindre papule, non plus que la moindre écaille épidermique.

Le 11 mai, c'est-à-dire moins de quarante-huit heures après l'inoculation, apparaissent sur le coude gauche des papules sans caractères encore définis (M. D... est gaucher).

Le 12 mai, sur le coude droit, se développent quelques papules semblables, mais moins nombreuses; la partie inoculée est cicatrisée et saine.

Le 16 mai, des squames furfuracées recouvrent ces papules; celles du coude gauche sont plus nettes et plus nombreuses.

Les jours suivants, les plaques squameuses prennent de plus en plus l'aspect et les caractères de plaques psoriasiques et, le 25 mai, elles sont nettement caractérisées.

Le 29 mai, M. D... se présente à la Société des sciences médicales de Lyon et le diagnostic de psoriasis est confirmé.

Il existe alors sur le coude gauche cinq plaques recouvertes de squames micacées brillantes et quelques papules en voie d'évolution; sur le coude droit, trois plaques et quelques papules. Le grattage détermine l'apparition d'un piqueté hémorrhagique très fin. Le malade éprouve de légères démangeaisons, surtout la nuit; il n'y a rien aux genoux. MM. Aubert, Cordier, Gailleton et Augagneur, chirurgiens de l'Antiquaille, ont constaté qu'il s'agissait bien d'un psoriasis.

Un dessin qu'a bien voulu nous communiquer M. Destot témoigne dans le même sens.

Après la guérison spontanée, survenue au bout de deux ou trois mois, il est survenu, à quatre reprises différentes, dans les deux années qui ont suivi, de nouvelles éruptions de même nature, l'une après un usage de la liqueur de Fowler à la dose quotidienne de 60 gouttes, une autre, à la suite d'un traumatisme, le frottement du pantalon au niveau de l'ombilic, deux fois sans cause appréciable.

M. Horand a contesté qu'il se soit agi là d'un psoriasis inoculé : il s'appuie, en premier lieu, sur l'absence d'éruption au point inoculé, contrairement, dit-il, à ce qui se passe pour les autres maladies infectieuses.

Mais cette éruption locale du début n'est pas une règle absolue : Il nous suffira de rappeler, pour l'établir, cette expérience de M. Poncet qui, après s'être inoculé la pourriture d'hôpital, a vu les altérations caractéristiques de cette infection se manifester, non pas au point d'inoculation, mais bien à distance, au niveau d'une excoriation dont il était porteur.

M. Horand invoque ensuite les conditions dans lesquelles se sont développées les éruptions consécutives; il en conclut que, chez M. Destot, atteint d'athritisme et d'herpétisme, sujet à l'herpès génital, l'inoculation a agi à la manière d'un traumatisme, d'un choc opératoire, et a réveillé l'herpétisme qui était à l'état latent chez lui; l'arsenic aurait eu une action analogue.

Nous avouons n'être pas convaincu par l'argumentation de notre très honoré collègue : depuis 10 ans, M. Destot n'a pas eu de nouvelles poussées éruptives ; cet herpétisme, dont il n'y avait d'autre mani-

festation antérieure qu'un herpès génital et qui ne se serait révélé par l'apparition de psoriasis que les jours qui ont suivi l'inoculation, serait donc resté silencieux depuis ce laps de temps? La constitution de M. Destot doit cependant être restée la même dans toute cette période.

L'influence possible d'un traumatisme comme cause ayant déterminé secondairement une manifestation autour de l'ombilic peut s'interpréter aussi bien dans le sens d'une maladie infectieuse que dans celui d'un appel de diathèse : ne voit-on pas parfois des syphilides se produire ainsi dans des régions accidentellement irritées ?

La réapparition spontanée, à diverses reprises, de l'éruption s'explique également dans l'hypothèse d'une maladie infectieuse : est-il besoin de citer encore la syphilis avec ses longues périodes de silence?

En résumé, M. Destot, après s'être introduit dans la peau, préalablement scarifiée, des squames de psoriasis, a vu apparaître une éruption que tous les médecins qui l'ont vue ont déclaré être de même nature. Pendant deux ans, l'expérimentateur a eu des poussées semblables et, depuis 10 ans, la maladie semble éteinte.

N'y a-t-il pas eu là, en toute évidence, relation de cause à effet ? N'est-ce pas ainsi que les choses se passent dans les inoculations de maladies parasitaires ? Pour nous, la démonstration est faite et la science doit une profonde reconnaissance à M. Destot pour avoir établi, par sa courageuse expérience sur lui-même, la nature d'une maladie restée jusqu'alors inconnue dans sa nature intime. C'est un fait qui nous paraît d'une importance capitale au point de vue de la pathogénie et aussi à celui de la thérapeutique.

J'ajouterai que je suis heureux de pouvoir citer, à l'appui de la manière de voir que je viens d'exposer, la grande autorité de notre collègue Doyon qui a écrit, en décembre 1900, dans les *Annales de dermatologie*, page 1272, la phrase suivante : « Le psoriasis présente les caractères d'une maladie parasitaire; l'inoculation pratiquée par M. Destot sur l'inspiration d'Augagneur, est tout à fait décisive en faveur de la théorie parasitaire. »

Il est certain que le contage psoriasique ne fructifie que chez des sujets prédisposés : on en a pour preuves le défaut habituel de transmission et les récidives incessantes de la maladie chez presque tous ceux qui en sont atteints.

Or, le cas de M. Destot fait exception à cet égard puisque le malade, après avoir présenté pendant deux ans une série de poussées, n'en a jamais eu depuis lors.

Sans doute, M. Destot a offert au contage un terrain seulement à demi favorable : on peut s'expliquer ainsi comment il n'avait jamais eu d'atteinte antérieurement et comment la maladie s'est éteinte après s'être traduite pendant deux ans par des manifestations peu intenses.

Je ferai remarquer, en terminant cette communication, que je n'ai pas discuté une assertion qui a rapporté les résultats obtenus par M. Destot à une suggestion : si, à la grande rigueur, cette interprétation pouvait être soutenue pour les éruptions initiales, elle est sans valeur pour celles qui depuis lors se sont produites spontanément.

En résumé, ni la suggestion, ni l'éveil d'une diathèse bien problématique ne peuvent expliquer les faits observés; il ne nous paraît pas douteux que le psoriasis dont a été atteint pendant deux ans, avec intervalles de repos, M. Destot, ait eu pour cause l'inoculation qui a été pratiquée. Ce fait établit, suivant nous, d'une manière incontestable la nature parasitaire de cette maladie.

Présentation de lupiques traités par le permanganate de potasse,

Par M. Hallopeau.

Je vous présente quatre lupiques traités par le permanganate de potasse, soit en solution au cinquantième, suivant la méthode de Butte, soit en poudre suivant le procédé indiqué dans ma précédente communication.

Tous quatre ont été rapidement améliorés par ce traitement.

Les vastes surfaces ulcéreuses qui occupaient, chez un de ces malades presque tout le visage, chez l'autre la plus grande partie du bras, se sont complètement cicatrisées.

Des nodules ont disparu complètement sous l'influence de la poudre.

Chez un jeune garçon, des saillies chéloïdiennes, mesurant près d'un centimètre de hauteur, se sont affaissées.

Chez un autre, des ulcérations profondes du nez et de la lèvre, recouvertes de croûtes épaisses, se sont également cicatrisées.

En toute évidence, une action spécifique s'ajoute dans le traitement à l'action modificatrice du caustique.

Il doit être appliqué chaque fois que les surfaces malades sont trop étendues pour être traitées dans leur ensemble par la méthode de Finsen.

L'avenir apprendra s'il aboutit à une guérison complète, ou simplement à une amélioration caractérisée par la cicatrisation rapide et l'affaissement des saillies morbides.

En tout cas, il doit précéder ou accompagner le traitement de Finsen dans les circonstances qui ont été indiquées.

Sur le traitement du lupus par le permanganate de potasse,

Par M. Leredde.

M. Hallopeau a communiqué dans la dernière séance les résultats

qu'il a obtenus dans le traitement du lupus tuberculeux, et même du lupus érythémateux, par les applications de permanganate de potasse suivant la méthode de M. Butte. Pour n'être pas tout à fait aussi favorables que les résultats de M. Butte, ceux de M. Hallopeau n'en sont pas moins, à son avis, satisfaisants.

Je n'ai pas employé moi-même les applications de permanganate, cependant je tiens à présenter diverses remarques que m'a suggérées le travail intéressant de M. Butte.

Les applications de solutions de permanganate de potassium ne peuvent, au dire de l'auteur, amener la guérison absolue et définitive du lupus vulgaire, mais elles arrêtent la marche de la maladie (?). Elles sont faciles à appliquer, à la portée de tous.

Aucun des malades de M. Hallopeau n'est guéri d'autre part ; le traitement par le permanganate ne peut donc être considéré, jusqu'à nouvel ordre, que comme une *méthode d'amélioration* du lupus tuberculeux.

Un malade que j'observe en ce moment a suivi, entre autres, le traitement par le permanganate de potasse (1).

M. D..., 41 ans, officier, est atteint d'un lupus tuberculeux dont le début est très ancien : âgé de 41 ans, il a vu les premières lésions survenir alors qu'il était âgé de 8 ans, sous forme d'un petit bouton qui apparut au niveau de la joue gauche. Ce bouton suppura, se recouvrit de croûtes, plusieurs fois arrachées par le petit malade, et bientôt fut remplacé par une petite tache érythémateuse. Notre malade habite à cette époque la campagne ; ses parents ne prennent pas la peine de consulter un médecin pour ce qu'ils croient être un simple bobo, et on le soigne par différents remèdes de bonne femme. Il arrive ensuite au collège : l'affection n'est toujours pas reconnue et le docteur de l'établissement se contente de pratiquer *quelques cautérisations au nitrate d'argent.*

M. D... poursuit ses études; il est reçu à Saint-Cyr en 1882. Les lésions ont progressé avec une lenteur extrême jusqu'à ce moment, en s'étendant par la périphérie comme une goutte d'eau qui s'étale ; elles forment à cette époque un petit placard ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 2 francs. A son arrivée à l'école militaire, M. D... est examiné par le médecin-major qui porte le diagnostic de lupus érythémateux et procède, pendant le séjour de M. D... à l'école, à *une dizaine de séances de scarification.* Les lésions restent stationnaires : ni régression, ni accroissement. M. D..., devenu officier, arrive à Lyon en 1887; il se rend à l'Antiquaille et consulte le Dr Aubert, qui diagnostique un lupus tuberculeux et fait *10 séances de pointes de feu;* à leur suite, le malade observe une cicatrisation *apparente* de ses lésions. Cette *amélioration* se maintient pendant deux ans, puis le placard lupique reprend son premier aspect. En 1894, *voulant en finir*, M. D... vient à Paris et fait un séjour au pavillon Gabrielle pendant lequel on lui fait *18 séances de scarification.*

(1) Je dois cette note à l'obligeance de M. Pautrier, externe des hôpitaux.

Le placard lupique s'accroît peu après ce traitement et ses dimensions deviennent à peu près celles d'une pièce de 5 francs.

Ne pouvant prolonger son séjour à Paris, le malade rejoint son régiment où le médecin-major régimentaire lui fait encore *quelques séances de scarification.*

Depuis la poussée qui avait suivi les premières scarifications, les lésions étaient restées stationnaires, lorsque M. D... revient à Paris en 1895 *où il est traité par l'application de pâte de Vienne et de pâte de Canquoin.* Deux mois après seulement commençait à se produire la cicatrice de l'ulcération amenée par ces topiques.

Mais *six mois plus tard* apparaissaient deux points nouveaux : un au-devant de l'oreille et un sur la joue, au-dessus de la cicatrice néoformée.

Pour la troisième fois M. D... revient à Paris et subit encore *une quinzaine de séances de galvanocautère* sur ces points nouveaux.

Pendant deux ans nous ne trouvons plus de date marquante dans l'histoire de ce traitement, dans la poursuite duquel M. D... avait déjà fait preuve d'une constance digne d'une guérison définitive. Notons simplement en 1897, pendant trois mois, un *essai de la méthode Kneipp* par le malade, momentanément découragé des traitements rationnels. Nous le retrouvons en 1898 à Narbonne, soigné par des *applications de compresses imbibées d'une solution de chlorate de potasse à saturation,* puis *des compresses imbibées d'une solution de bleu de méthylène.*

Sur ces entrefaites survient une poussée très forte ; une multitude de points nouveaux apparaissent, et les lésions se recouvrent de croûtes sous lesquelles stagne une sérosité purulente.

Mais une complication salutaire intervient : le malade contracte un érysipèle de la face qui amène une cicatrisation apparente.

M. D..., ayant l'occasion de faire ce voyage, revient à Paris à la fin de l'année 1898 et subit de nonveau *cinq séances de galvanocautérisation.*

Nouvelle période de repos *après ce traitement, qui dure déjà depuis 25 ans !* Cette fois-ci, l'accalmie est de deux ans.

Les lésions ne progressent plus et le malade, fatigué ou découragé, se contente de cet état stationnaire, de cette sorte de trêve momentanée.

Éprouvant pourtant de nouveau le désir d'en finir, M. D... refait une cinquième fois le voyage de Paris, en janvier dernier, et cette fois-ci on lui prescrit un traitement par le permanganate de potasse. M. D... repart pour Narbonne, et *pendant quinze jours,* du 1er au 15 février, applique régulièrement chaque jour, pendant quinze minutes, des compresses imbibées avec une solution de permanganate à 12 p. 1000. Il observe presque instantanément dès les deux premières applications, un affaissement considérable des lésions, qui étaient auparavant en saillie ; en même temps elles pâlissent et de rouge pourpre passent à une teinte rosée. Enchanté, M. D... ait part de ce résultat au médecin qui l'avait soigné, qui prescrit également par lettre de continuer les applications de permanganate, mais en alternant d'un jour à l'autre avec une pommade résorcinée à 10 p. 100.

Le malade suit ce nouveau traitement pendant huit jours, mais constatant une poussée nouvelle, les lésions redevenant rouge pourpre et s'étendant rapidement par la périphérie, il revient de lui-même au traitement

par le permanagnate seul, appliqué quotidiennement. Des points nouveaux tendant à apparaître du côté du nez, il se décide à retourner à Paris, avec l'espoir d'obtenir de la photothérapie une guérison définitive.

État actuel. — Lorsque nous l'avons examiné pour la première fois, les lésions présentaient l'aspect suivant :

Vaste placard siégeant sur la joue gauche, formé d'une longue bande s'étendant depuis l'oreille jusqu'au menton en suivant le rebord du maxillaire, et d'où se détache, de sa partie médiane, une autre bande recouvrant la région malaire, s'étendant jusqu'au nez et au-dessous de l'œil.

Ces lésions sont de couleur rouge sombre, à contours réguliers, à peu près planes du côté du rebord du maxillaire, légèrement surélevées du côté du nez et de la bouche où les bords sont légèrement saillants.

Leur surface est partiellement recouverte de croûtes et de squames très sèches assez adhérentes. La partie centrale du placard, à l'union des deux bandes, apparaît légèrement déprimée et de couleur un peu plus pâle.

A la loupe, on aperçoit quelques capillaires dilatés, aucun lupome.

Par la pression à la lame de verre, on note la présence de télangiectasies, de macules rouge pourpre et de quelques lupomes sucre d'orge.

Par la pression au doigt on reconnaît, au milieu du placard, à l'union des deux bandes, une surface assez étendue qui offre une consistance très résistante de tissu sclérosé et qui correspond à l'ancienne cicatrice de la cautérisation par la pâte de Vienne.

Le reste du placard n'offre pas à la pression au doigt la même résistance en tous les points. La bande qui suit le rebord du maxillaire est dure, résistante, tandis que la partie du placard qui recouvre la joue offre la mollesse caractéristique du lupus tuberculeux. En tous les points on a la sensation d'une infiltration très profonde.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, en bonne santé. Frère bien portant. Aucune affection pulmonaire ni cutanée dans la famille.

Antécédents personnels. — Santé toujours excellente. Jamais aucune maladie. Jamais d'affection des voies respiratoires. Constitution très robuste. Trois enfants en excellente santé.

Ganglions cervicaux suppurés dans l'enfance. Jamais d'engelures, sauf depuis quelques années.

J'ai été conduit, par les réflexions auxquelles je me suis livré sur le traitement du lupus tuberculeux, à une conclusion d'apparence paradoxale qui est la suivante : toute méthode *non curative* est dangereuse ; elle est même d'autant plus dangereuse qu'elle produit des résultats apparents plus satisfaisants pour le médecin et le malade.

Ce paradoxe, que je crois être une vérité, sera compris, je pense, comme je le comprends moi-même si on veut bien faire le raisonnement suivant :

Voici une femme atteinte de cancer du sein tout à fait au début : nous disposons de moyens pour retarder la marche du cancer, par

exemple les injections de cacodylate de soude. Nous disposons d'un moyen curatif, l'ablation. J'ose affirmer que les injections de cacodylate de soude sont dangereuses, à la période où l'on peut espérer guérir complètement la malade, et que le médecin ne doit pas en tout cas employer un traitement d'amélioration s'il a en mains un procédé de guérison.

Plus tard, bien entendu, les choses changent.

Eh bien ! je prétends que dans tout lupus curable le médecin ne doit employer que les procédés curatifs, puisqu'il en existe.

Le fait qu'on cherchait autrefois, et qu'on cherche encore à améliorer le lupus tuberculeux, prouve trop qu'on considère bien souvent cette maladie comme incurable !

Le jour où par le permanganate de potasse on aura obtenu des guérisons complètes, dans un grand nombre des lupus traités, sans récidives pendant plusieurs années, la méthode prendra une importance, en raison de sa simplicité et, je dirai mieux, de son élégance. Jusque-là je crains qu'on doive la mettre à côté des procédés trop nombreux, grâce auxquels un lupique se soigne pendant dix, vingt et trente ans. Il serait facile de trouver de nombreux faits semblables à celui que je rapporte plus haut et d'écrire le triste roman de ces misérables qui courent après des guérisons qui ne viennent pas, parce que les médecins se contentent de chercher à les améliorer, au lieu de refuser toute méthode qui ne les guérit pas, ou emploient d'une manière incomplète les méthodes qui peuvent les guérir.

Encore est-il qu'il faut s'entendre sur le mot « amélioration » et ne pas appeler de ce nom des changements de surface, moins de saillie, une teinte plus pâle, un aspect extérieur, moins répugnant pour le malade, mais qui ne correspond à aucun arrêt dans l'évolution du mal.

C'est l'unique raison d'être de la photothérapie que, plus souvent que toute autre méthode curative, elle donne des guérisons *complètes, sans récidives*. Quels que soient ses inconvénients, il reste qu'elle permet de guérir des malades atteints de lupus tuberculeux ou érythémateux, qui ont résisté à tous les autres procédés, et ce fait suffit à démontrer la valeur de la méthode de Finsen.

Les conclusions de M. Hallopeau sur le traitement par le permanganate sont que cette méthode « peut constituer une cure d'attente qui pourra diminuer dans une mesure considérable la tâche de la photothérapie ».

S'il en est ainsi, si le permanganate permet d'obtenir autre chose qu'une *amélioration esthétique*, la méthode proposée par M. Butte aura des avantages que je me refuse à lui reconnaître en ce moment. Cependant aucune expérience n'a été faite à ce sujet, et il convient d'attendre que des observations précises aient décidé.

Depuis que j'ai fait le traitement photothérapique du lupus

tuberculeux, j'ai dû constater que les cas malheureusement les plus rebelles étaient ceux qui avaient été traités profondément avant la photothérapie, en particulier par le galvanocautère ; on comprend de suite que toute formation de tissu, superficielle ou profonde, peut gêner la marche des rayons chimiques, qui agissent d'autant mieux dans le lupus qu'il est plus mou, plus compressible par les lentilles appliquées sur la peau.

M. Besnier. — Nous serions mieux en mesure d'apprécier la valeur du traitement employé par M. Hallopeau si nous avions pu faire l'examen des malades avant que ce traitement n'ait été commencé. Aussi émettrai-je le vœu que les malades qui devront être soumis à une médication nouvelle, soient présentés à la Société avant l'application du traitement, pendant sa durée, et après sa terminaison; j'ajoute que je trouve surtout remarquable, eu égard à la durée du traitement employé, le cas de la jeune fille atteinte de lupus généralisé de la face.

M. Hallopeau. — L'enfant dont parle M. Besnier est tout à fait transformé ; un certain nombre de tubercules lupiques ont disparu d'une manière complète ; toutes les ulcérations se sont fermées.

M. Leredde. — M. Hallopeau comprend bien que les objections que j'ai faites sont exclusivement des objections de doctrine. Je n'avais pas vu les malades qu'il a présentés à la dernière séance. Aujourd'hui, je suis en effet très frappé des résultats obtenus chez certains des malades qu'il nous présente, mais je maintiens ce que j'ai dit tout à l'heure.

Si la nouvelle méthode n'est qu'une méthode d'amélioration, elle est dangereuse et d'autant plus qu'elle est plus satisfaisante, parce qu'elle peut faire perdre du temps au médecin et au malade.

Si, dans le cas de la jeune fille présentée par M. Hallopeau, des nodules lupiques sont réellement disparus, la méthode de Butte n'est pas une méthode d'amélioration, mais une méthode curative. Pour ma part, je pense que ces nodules sont *cliniquement* disparus et que c'est tout.

Alopécie syphilitique peladoïde.

Par M. Barthélemy.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société les deux photographies auxquelles j'ai fait allusion dans la dernière séance. Il s'agit de deux cas de perte de cheveux survenue dans la période secondaire de la syphilis, alopécie en aires, desséminées, et représentant la symptomatologie de la pelade. Ces photographies datent de 1872 et je les ai apportées à cause des récentes discussions faites ici et auxquelles j'ai pensé apporter une contribution. Dans le premier cas, la guérison s'est faite dans l'espace de quatre mois par le traitement des injections d'huile grise, sans qu'aucune sorte de traitement local

ait été faite. Dans le second cas, la guérison s'est fait attendre près d'une année. Ce second cas n'est pas absolument semblable au premier. L'alopécie, ici, avait été généralisée, complète; mais la repousse ne s'est pas faite sur tous les points avec la même rapidité et les placards dénudés ici photographiés sont précisément les retardataires.

Ces deux photographies n'en montrent pas moins bien combien certaines lésions nettement et exclusivement syphilitiques de la période secondaire peuvent ressembler au symtôme peladique.

Plaques atrophiques du front avec cercle limitrophe papulo-pigmentaire et papules isolées pigmentaires périphériques.

Par M. Du Castel.

Début il y a quatre ans, au niveau de la partie supérieure du front : plaques irrégulières de forme ; partie centrale lisse, blanche, atrophique ; celle-ci est entourée par un bourrelet légèrement saillant d'un millimètre de diamètre environ, de coloration brun foncé. La plus grande plaque a environ 2 centimètres et demi de diamètre. Autour des plaques sont semées quelques papules du volume d'un grain de millet. Aucun trouble de la sensibilité, pas d'élancements, de picotements, etc. ; aucun mode d'anesthésie.

L'état général de la malade, âgée de 24 ans, est excellent ; elle a eu, depuis le début des accidents, deux grossesses qui n'ont paru avoir aucune action sur leur évolution.

Sur aucun autre point du corps on ne peut relever de lésions similaires.

La malade n'a jamais habité de pays où l'existence de la lèpre ait été jusqu'ici signalée.

M. Brocq. — Ces lésions ont une bordure analogue à celle du lupus érythémateux; elles offrent à leur centre un aspect atrophique. Des faits de ce genre ont été décrits, ce me semble, par M. le Dr Thibierge et en Allemagne, et doivent être rangés à côté du lupus érythémateux.

M. Hallopeau. — J'ai décrit avec M. Larat en 1892, à la réunion de l'Association pour l'avancement des sciences, qui a eu lieu à Marseille, une nouvelle forme de trophonévrose cutanée, qui offre des caractères très semblables à ceux-ci; nous l'avons dénommée *trophonévrose dyschromique et lichénoïde;* nous lui avons consacré, M. Leredde et moi, un chapitre de notre livre.

Tuberculose disséminée développée à la suite d'une rougeole.

Par M. Du Castel.

Enfant de 5 ans et demi, ayant eu la rougeole il y a deux ans : à la suite de la rougeole, éruption diffuse de la face, des membres, du tronc, constituée par des nodules tuberculeux isolés ou agglomérés et par de la

tuberculose verruqueuse aux mains : depuis plusieurs mois, les lésions restent immobiles. État général bon. Il semble bien qu'il s'agisse là d'une tuberculose cutanée consécutive à la rougeole. Aucun antécédent tuberculeux chez les parents. L'enfant avait eu, à l'âge d'un an, un abcès froid ganglionnaire du cou, un abcès froid de la fesse gauche. La rougeole a donc provoqué des manifestations cutanées chez un sujet tuberculeux antérieurement : elle ne semble pas avoir créé de toutes pièces la tuberculose.

Eschare volumineuse de la fesse consécutive à une injection d'huile biiodurée.

Par M. L. Brocq.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une volumineuse eschare provenant de la fesse gauche d'une femme de mon service :

Cette malade, âgée de 31 ans, cuisinière, ayant des habitudes d'alcoolisme, était entrée salle Cullerier le 21 janvier de cette année, pour une abondante éruption de larges syphilides datant d'un mois, et pour de l'alopécie spécifique. Son état général était mauvais, les digestions difficiles ; elle avait maigri, et n'avait encore suivi aucun traitement pour sa syphilis. Bref, nous jugeâmes utile d'instituer un traitement énergique et nous prescrivîmes des injections de composés mercuriels solubles.

A cette époque on essayait dans notre service un produit que l'on a préconisé depuis quelque temps, le cypridol, huile biiodurée renfermant 10 milligrammes de biiodure d'hydrargyre par centimètre cube. Le 23 et le 24 janvier, on lui fit profondément dans les masses musculaires des fesses, et sans le moindre accident, deux injections de ce produit. Ces deux premières injections furent faites avec une longue aiguille servant aux injections de calomel. Le 25 janvier, on lui fit une troisième injection avec une aiguille plus courte. L'injection fut faite avec toutes les précautions que j'exige dans mon service, même pour les injections de composés mercuriels solubles : asepsie de la région à injecter par savonnage, lotion au sublimé, lotion à l'éther, ébullition de la seringue, flambage de l'aiguille. L'aiguille fut introduite tout d'abord seule; puis l'injection fut poussée avec une extrême lenteur. La piqûre ne saigna pas quand on eut retiré la canule. L'élève qui fit l'injection était d'ailleurs un externe irréprochable de tous points, et qui avait l'habitude des injections hydrargyriques. C'était le même qui avait fait chez cette femme les injections des 23 et 24 janvier, et le même jour, avec la même aiguille, la même seringue et le même produit, il fit plusieurs autres injections à des syphilitiques de la salle Cullerier sans le moindre accident.

Immédiatement après l'injection, notre malade accusa une vive douleur et presque immédiatement, en une demi-heure à peine, la fesse se tuméfia considérablement, doubla pour ainsi dire de volume, en même temps que les douleurs devenaient réellement intolérables. On appliqua tout de suite des compresses humides, comme nous le faisons pour calmer

les douleurs causées par les injections de calomel, mais elles n'apportèrent aucun soulagement. La malade souffrit avec cette intensité pendant trois jours. Au bout de ce laps de temps les douleurs, tout en restant violentes, perdirent un peu de leur acuité et en même temps la fesse commença à prendre tout autour de l'endroit où la piqûre avait été faite une coloration d'abord un peu brunâtre, comme ecchymotique, qui devint assez rapidement franchement noirâtre.

Tous ces accidents que l'on avait crus passagers, et qui avaient beaucoup inquiété l'externe qui avait fait la piqûre, m'avaient été cachés pendant les premiers jours, de telle sorte que les détails qui précèdent proviennent simplement des renseignements qui m'ont été donnés ultérieurement. Je n'ai vu les lésions que huit jours après l'injection, vers le 3 février. A cette époque, les douleurs spontanées étaient presque calmées; la fesse, quoique un peu dégonflée, paraît-il, était énorme, tendue, un peu douloureuse à la pression. La tuméfaction se terminait vers la crête iliaque en haut, vers le grand trochanter en dehors par un épais bourrelet œdémateux; en bas la limite était le pli sous-fessier, en dedans le pli interfessier. Au centre se voyait une large eschare d'un noir verdâtre avec des parties d'un noir franc, à bords nettement arrêtés, festonnés, géographiques; irrégulièrement ovalaire dans sa forme générale; à grand axe d'environ 14 centim. de long dirigé de haut en bas et un peu de dedans en dehors, à petit axe transversal d'environ 9 centimètres. La sensibilité était totalement abolie à son niveau; elle avait l'aspect d'une très profonde eschare qui aurait été produite par une application prolongée d'une très forte couche de pâte de Vienne.

Il n'y avait bien évidemment qu'à attendre l'élimination spontanée de la partie mortifiée en faisant des pansements humides aseptiques : c'est ce que nous fîmes.

Six jours plus tard, vers le 9 février, le sillon d'élimination entre les parties mortifiées et les parties saines commença à être nettement visible. Il augmenta graduellement. Le 13 février, il était déjà extrêmement marqué, ainsi que le montre une superbe photographie stéréoscopique du Dr Sottas; mais l'élimination se fit longtemps attendre à cause de la présence dans l'eschare de l'aponévrose fessière : pendant dix jours au moins le bloc mortifié fut mobile, dans la vaste plaie d'élimination sans pouvoir se détacher complètement. Le 25 février, une autre photographie stéréoscopique montre l'eschare comme rétractée et isolée au milieu d'une vaste plaie fessière. Une photographie du 8 mars montre l'eschare sur le point de se détacher, tenant à peine par quelques fibres profondes. Elle tomba enfin le 9 mars, six semaines après l'injection, en laissant une vaste plaie fessière de 20 centimètres de long sur 15 de large et, en certains points, d'au moins 5 à 6 centimètres de profondeur.

Je le répète avec insistance, vous devez vous rendre compte des diverses phases d'élimination de l'eschare en examinant ces superbes photographies stéréoscopiques que notre infatigable collaborateur, M. le Dr Sottas, a bien voulu prendre aux diverses périodes que nous venons d'indiquer.

La température de la malade a atteint 39° pendant les trois jours qui ont suivi l'injection; elle a ensuite persisté pendant quatre jours en

diminuant graduellement : depuis lors l'apyrexie a toujours été complète.

J'avais espéré pouvoir vous montrer la malade elle-même : malheureusement la plaie, quoique en assez bonne voie et très rétrécie, n'est pas encore complètement cicatrisée. Je ne puis donc que vous présenter ces photographies et l'eschare.

Comme vous le voyez, celle-ci, qui s'est rétractée par son séjour depuis plus de cinq semaines dans l'alcool, mesure encore 13 centimètres de long, sur 8 de large et 4 centimètres et demi à 5 de profondeur. Elle figure grossièrement un cône fort évasé ; au sommet du cône se voient quelques fibres musculaires provenant du grand fessier et de l'aponévrose fessière ; le reste de l'eschare est constitué par un épais tissu cellulo-adipeux formant l'hypoderme, et par les téguments.

Il ne peut bien évidemment s'agir ici d'un de ces accidents gangréneux que la syphilis peut, dans quelques cas rares, produire par elle-même, surtout chez les alcooliques. Il nous paraît impossible d'adopter une pareille interprétation, car c'est bien à la suite de l'injection et par l'injection que l'eschare s'est produite.

On ne peut pas non plus incriminer une faute de technique : il n'y a pas eu abcès ; il ne semble pas qu'il y ait eu infection. Peut-être nous dira-t-on que l'aiguille employée était un peu courte. L'injection a néanmoins été faite dans la partie superficielle du muscle grand fessier, puisque la partie profonde de l'eschare est composée de fibres musculaires.

On devrait bien à cet égard préciser si, pour les injections de composés mercuriels solubles, il convient de se servir d'aiguilles aussi longues que pour les injections de calomel.

Or, en 1899 (voir *Bulletin médical*, 11 janvier 1899), Lesser a présenté à la Société des médecins de la Charité, à Berlin, une malade atteinte de syphilis que l'on traitait par des injections de sublimé dans les muscles de la région fessière. A la 15e injection il se produisit une vaste gangrène de la région. Pareil accident se produisit dans un autre cas à la 36e injection. Il ne pouvait s'agir, dans ces faits relatés par l'auteur allemand, ni d'une idiosyncrasie particulière vis-à-vis du mercure, puisque de nombreuses injections avaient été précédemment tolérées par ces malades avant celles qui ont causé des accidents, ni d'une infection locale, puisque tout symptôme de réaction inflammatoire ou de suppuration avait fait défaut. Dans les deux cas de Lesser, contrairement au nôtre, il s'était fait une forte hémorrhagie. Lesser ajoute que les injections sous-cutanées de sublimé sont moins douloureuses que les injections intra-musculaires, mais qu'elles n'exposent pas à de tels accidents.

On voit donc qu'il y a des syphiligraphes, et non des moindres, qui semblent préférer, pour les injections de composés mercuriels solubles, les injections sous-cutanées aux injections intra-musculaires.

Je me demande quelle a pu être la pathogénie de cet accident, et je serais heureux que la Société voulût bien m'éclairer à ce sujet.

Tout d'abord j'avais cru que l'aiguille avait traversé de part en part un vaisseau volumineux de l'hypoderme ; qu'après la sortie de l'aiguille le sang avait peu à peu infiltré les tissus, et qu'étant donné le mauvais état général de la malade toute la partie infiltrée de sang, peut-être d'huile biiodurée, avait été frappée d'une mortification en masse. Mais cette explication me paraît assez peu plausible. En effet, il n'y a pas eu d'issue de sang par la piqûre après qu'on a eu retiré l'aiguille ; on n'a pas vu se produire d'ecchymose pendant les trois jours qui ont suivi et qui ont été surtout caractérisés par d'atroces douleurs.

Je me demande si l'aiguille n'a pas blessé une branche importante fessière et cutanée du nerf petit sciatique, ce qui expliquerait les vives douleurs ressenties, et si la blessure, peut-être la destruction de ce nerf par le liquide de l'injection ne peut pas expliquer chez une alcoolique syphilitique la destruction en masse des tissus innervés par le rameau touché. Évidemment ce n'est là qu'une hypothèse que je livre à l'appréciation de la Société, mais c'est la seule qui me paraisse présenter quelque probabilité de vérité.

Il ne faudrait pas croire qu'en publiant ce cas malheureux j'ai le moindrement l'intention de rouvrir une discussion sur la légitimité de la méthode du traitement de la syphilis par les injections hydrargyriques. Je ne dirai même rien sur les avantages ou les inconvénients de la préparation spéciale avec laquelle cette injection a été faite. Je n'en ai pas une habitude suffisante pour porter un jugement motivé. Avant cet accident, on s'en était servi chez plusieurs malades du service avec un réel avantage, sans inconvénients sérieux, mais j'ai ordonné d'en suspendre l'emploi dès que j'ai eu connaissance de la production de cette eschare.

C'est donc simplement un fait que j'apporte, et rien de plus. Mais il m'a paru utile de le publier, car, à cette époque d'injections à outrance de toute nature, il faut que les praticiens sachent bien que, malgré toute les précautions prises, ils peuvent avoir, en employant cette méthode, des accidents des plus graves et qu'on ne pardonne guère au médecin dans la clientèle de ville.

M. Hallopeau. — Je n'ai jamais été partisan de l'extension exagérée que l'on a donnée au traitement de la syphilis par les injections. J'ai pour habitude de réserver celles-ci aux syphilis graves, et pour les syphilis communes, je préfère les frictions.

M. Barthélemy. — Je trouve très intéressante l'observation de M. Brocq, d'abord par tout l'enseignement qui en ressort, ensuite par sa rareté même. Je puis dire en effet que depuis plus de dix ans j'ai pratiqué ou fait pratiquer plusieurs milliers d'injections soit solubles — pour lesquelles

j'ai inventé jadis les *hypodermies* — soit surtout insolubles, et notamment d'huile grise, et je dois à la vérité d'affirmer que je n'ai jamais observé de cas semblable à celui de M. Brocq.

Il faut donc rechercher les causes d'un pareil et si grave accident. Or nous constatons que dans ce fait il y a eu d'autres phénomènes anormaux et *immédiats*. D'abord la douleur vive et prolongée pendant trois jours, ensuite le gonflement, immédiat aussi, de la fesse qui paraissait considérable et qui n'était certainement pas sans rapport avec la douleur intense et prolongée, c'est-à-dire ne pouvait pas dépendre seulement d'une piqûre nerveuse ; enfin la coloration foncée, bleuâtre, ardoisée de la peau : toutes ces conditions me semblent démontrer qu'un vaisseau, soit artériel, soit plutôt veineux, a été piqué et qu'un épanchement immédiat et abondant s'est effectué. C'est donc une localisation fâcheuse de la piqûre plutôt même que le liquide lui-même qui doit être mise en cause, il me semble du moins. Les accidents auraient pu avoir lieu même si aucun liquide n'avait pas été injecté à la suite de la piqûre. Ce n'est pas la même chose que lorsque des injections solubles sont faites dans la gaine du nerf sciatique et ont pu donner lieu à des atrophies et à des troubles trophiques. Il faut faire les injections obliquement, de dehors en dedans, à la région externe de la fesse, beaucoup plus *en dehors de la fesse* qu'on ne le fait généralement et en tout cas jamais en pleine fesse ; il faut diriger l'injection obliquement pour arriver en pleine masse musculaire bien entendu ; car, pour répondre à une question de M. Brocq, je ne saurais assez trop insister sur ce fait que je conseille de faire intra-musculaires toutes les injections mercurielles, qu'elles soient solubles ou insolubles, mais non pas à la surface du muscle, mais bien dans l'épaisseur même de la masse musculaire. C'est pour cela que, chez les femmes grasses, il faut même des aiguilles de 6 à 7 centimètres. Il résulte de mon expérience que ce sont les sujets maigres et bien musclés qui tolèrent le mieux les piqûres mercurielles ; et ces piqûres sont tolérées à ce point que les malades eux-mêmes réclament ce traitement de préférence aux autres modes, dès les premières périodes de l'infection syphilitique ; enfin, et je ne saurais trop insister sur l'importance qu'il y a pour le pronostic des syphilis à pratiquer le traitement intensif dès le début de l'infection et au moment même où l'infection est elle-même le plus intensive et sanguine.

Qu'il me soit permis d'ajouter que je parle surtout de l'huile grise. J'attache une réelle importance à la présence de l'*huile* bien tolérée, bien absorbée et peu douloureuse et à la consistance pâteuse qui s'oppose à la pénétration dans les vaisseaux et notamment aux embolies capillaires — sans gravité mais assez fréquentes — qui surviennent quand on injecte, au lieu des quatre gouttes, des seringuées de liquides, même aqueux.

M. Bruchet. — Je traite en ce moment un malade par le remède qu'a employé M. Brocq, le cypridol. Ce malade, atteint de syphilis linguale, a reçu 15 injections d'huile biiodurée sans incident. La première injection de cypridol que j'ai faite ensuite a provoqué une douleur très vive et une grosse induration. Je pense qu'il faut incriminer la composition du liquide.

M. Alex. Renault. — Les injections mercurielles ne comportent que des

indications très rares ; les sels insolubles eux-mêmes ne donnent pas toujours les heureux succès que l'on en attend, puisque j'ai vu une malade offrir de l'iritis au cours d'injections de calomel. Le cas de M. Brocq s'explique par la cachexie et l'éthylisme de la malade.

M. Créquy. — Comme M. Bruchet, je pense que le cypridol doit être mis en cause. Pour moi, j'ai pour règle de ne jamais employer de médicaments dont je ne connais pas la composition exacte, ni de remèdes secrets.

M. Danlos. — L'huile biiodurée normale provoque elle-même des accidents. M. Fournier a vu un militaire qui, à la seizième injection, présentait une ecchymose immédiate, puis une eschare.

M. Besnier. — Les injections mercurielles ne sont pas une panacée, et comme M. Renault, j'ai vu des accidents syphilitiques survenir au cours d'injections solubles ou insolubles.

M. Barthélemy. — Pour éviter tout accident, j'insiste sur la nécessité de faire les injections en arrière et au-dessus du grand trochanter. Il faut employer des aiguilles extrêmement longues chez les femmes grasses ; on ne peut imaginer quelle est l'épaisseur du pannicule chez certaines d'entre elles. Je répète que je crois que l'eschare, chez la malade de M. Brocq, est due à une blessure vasculaire. La malade de M. Brocq n'est pas albuminurique ; il est capital de bien ménager la cellule rénale ; quant aux diabétiques, ils supportent fort bien l'huile grise, j'ai même deux cas de guérison que je publierai plus tard.

M. Jullien. — Depuis plus de vingt ans, je traite la plupart de mes malades par des injections ; je les ai essayées à peu près toutes, solubles ou insolubles ; j'en ai trouvé qui me paraissaient meilleures que d'autres ; j'ai vu des sujets qui les supportaient plus ou moins bien, mais j'ai eu le bonheur de n'avoir jamais à déplorer une catastrophe ressemblant de près ou de loin à celle qui vient de nous être racontée. Aussi je remercie sincèrement M. Brocq de nous l'avoir fait connaître et de l'avoir loyalement versée au dossier de l'enquête qui se poursuit, que nous poursuivons tous, sur ce mode de traitement.

Je ne me hasarderai pas à en donner une explication qui devrait peut-être se chercher dans les conditions particulières de la malade que l'on dit être cachectique. Je ferai remarquer seulement l'avantage des injections insolubles, qui sont généralement espacées de huit à quinze jours, alors que les autres, les solubles, doivent être faites tous les jours, et que, s'il y a une irritation locale, c'est-à-dire douleur, phlegmon, chance de sphacèle, elle est incessamment renouvelée.

Quant au médicament mis en cause, je l'ai employé et j'en ai continué jusqu'à ce jour les essais ; on nous le donne comme biiodure dissous en huile stérilisée dans la proportion d'un centième, soit un centigramme de sel pour un centimètre cube d'excipient ; je me suis toujours servi pour l'injecter d'aiguilles courtes et grosses, enfoncées perpendiculairement au plan du tégument. Il est efficace, et il n'en saurait être autrement ; mais s'il ne met en jeu aucune sensibilité immédiate, il n'en est pas de

même de la réaction ultérieure. J'ai vu chaque piqûre devenir le siège d'une induration, et une femme de mon service à laquelle j'ai pratiqué 23 injections a aujourd'hui 23 nodus, et ces nodus sont sensibles, si bien qu'au bout d'un certain temps les malades accusent une vive douleur et vous prient instamment de cesser. En somme, ce remède que la réclame présenta comme devant détrôner tous les autres, et dont la composition exacte fut cachée dans un but de spéculation, a de graves inconvénients, et si nous en avons fait l'expérience pour n'avoir pas à nous reprocher de négliger de parti pris les innovations, il est temps de nous souvenir que le cypridol est une spécialité, et qu'il est toujours au moins imprudent de faire usage d'un remède secret.

M. Brocq. — Je constate avec regret que mes questions sont restées sans réponse et que personne ne m'a renseigné d'une manière précise ni sur l'origine de l'eschare, ni sur la question de savoir s'il faut faire les injections de composés mercuriels solubles dans les masses musculaires ou dans l'hypoderme. L'injection mercurielle a été faite au point classique; la malade n'était ni grasse ni maigre, elle n'était pas cachectique.

Je dois répondre à M. Créquy que je n'ai pas employé de remède secret, mais simplement un sel mercuriel bien connu, le biiodure, rendu plus soluble grâce à un tour de main. Et pourquoi incriminer le biiodure, puisque M. Lesser a eu des eschares à la suite d'injections de sublimé ?

J'ai bien pensé à la blessure d'un vaisseau comme M. Barthélemy, mais comment expliquer la douleur violente et subite qui s'est produite après l'injection?

M. Gaucher. — On sait que je suis opposé à toutes injections de sels insolubles. En ce qui concerne les injections de sels solubles, je les fais toujours sous-cutanées et non intra-musculaires, pour éviter des accidents auxquels il peut être difficile de parer. Comme j'ai pour principe d'employer des aiguilles extrêmement fines, je ne me sers que de sels en solution aqueuse et non huileuse.

Du reste, la résorption des sels solubles se fait beaucoup mieux sous la peau que dans les muscles.

M. Sabouraud. — J'ai cependant vu des accidents sérieux déterminés par une injection superficielle faite au bras.

M. Gaucher. — Je crois que la peau du bras est trop mince pour qu'on puisse y faire des injections mercurielles.

Coexistence d'une syphilide tertiaire dans la gorge et sur le corps d'un lichen scrofuleux cicatriciel.

Par M. Danlos.

Sch..., 16 ans, apprenti. Souffre depuis deux mois d'un mal de gorge qui ne le gêne pas pour parler, mais détermine un peu de douleur en mangeant.

Il avait antérieurement et depuis plusieurs mois une suppuration du nez avec occlusion croûteuse des narines et se traitait par des lavages au siphon de Weber.

Pas d'autre antécédent morbide connu qu'une rougeole survenue à l'âge de 4 ans et une hernie inguinale droite opérée il y a un an. La plaie opératoire n'a pas guéri et a laissé une fistule suppurante du pli inguinal.

Aujourd'hui on constate chez le malade l'existence de deux lésions : une cutanée, l'autre muqueuse.

La lésion cutanée serait, au dire de la mère, consécutive à la rougeole et depuis douze ans persisterait par production indéfinie d'éléments toujours identiques. Ces éléments sont des groupes de papules pilo-sébacées disséminées sur le tronc et les membres, les mains et les pieds étant respectés. Ces groupes ont absolument l'aspect du lichen scrofuleux. Ils sont entremêlés de petites cicatrices lisses, arrondies, superficielles dont ils paraissent avoir été l'origine. Sur les membres inférieurs on saisit facilement la transition. Là, en effet, on voit sur une multitude de points les cicatrices ponctuées ou lenticulaires bordées par un véritable collier de papules rouges identiques à celles du tronc, bien qu'un peu plus grosses.

La lésion muqueuse est double. Il y a d'abord une perforation assez large de la cloison cartilagineuse du nez, perforation dont les bords sont ulcérés et bourgeonnants.

Dans la gorge on constate que le palais osseux est sain, que la luette a disparu, que le voile du palais est fendu au milieu dans toute sa longueur et que les deux lèvres de la fente palatine sont ulcérées, végétantes. Le même aspect végétant et mamelonné se retrouve sur les piliers du voile dans leurs deux tiers supérieurs. Les amygdales et le pharynx ne sont pas lésés. La langue est normale ; il existe une malformation dentaire limitée, l'incisive latérale inférieure droite saine d'ailleurs, étant effilée, conique comme une dent de poisson.

L'examen du reste de l'économie ne révèle rien d'anormal : les oreilles sont bien conformées ; les yeux ne présentent pas d'altération extérieure appréciable : le malade est myope, mais ne semble pas avoir d'autre trouble visuel. Testicules normaux. Le malade, bien que petit, paraît bien constitué. La mère nie pour elle, son mari et ses enfants, tout antécédent syphilitique. Notre malade est le cinquième d'une série de 8 enfants : 3 sont morts d'accidents (méningite, croup, albuminurie). Les 5 survivants sont bien portants. Le quatrième, âgé aujourd'hui de 19 ans, est dermographique.

La question à discuter ici est de savoir si les deux lésions de la peau et de la gorge sont de même nature. En admettant l'affirmative, comme l'éruption cutanée est manifestement du lichen scrofuleux, on devrait faire de la lésion gutturale une tuberculide. Cette interprétation cadre mal avec l'aspect de la lésion, la perforation de la cloison nasale, la malformation dentaire et l'influence heureuse du traitement mixte qui, en trois semaines, sans modifier la lésion cutanée, a très favorablement agi sur celle de la gorge.

Ce résultat, joint aux raisons précédentes, montre que malgré l'absence d'antécédents appréciables, la lésion de la gorge relève d'une syphilis congénitale ou acquise en très bas âge. La syphilis admise, l'aspect de la lésion cutanée, sa persistance indéfinie sous la même

forme, sa résistance au traitement spécifique ne permettent pas de faire de l'éruption une syphilide. Conclusion, notre malade porte simultanément deux lésions diathésiques indépendantes : syphilide pharyngonasale et lichen scrofuleux. A noter la forme cicatricielle de ce lichen scrofuleux, forme qui n'est pas décrite dans les auteurs.

M. Hallopeau. — Les caractères des éléments du malade que présente M. Danlos ne sont pas ceux du lichen scrofulosorum, mais bien ceux d'une tuberculide miliaire.

M. Sabouraud. — Quelle différence histologique M. Hallopeau fait-il entre ces lésions et celles du lichen scrofulosorum ?

M. Hallopeau. — Le lichen scrofulosorum est une affection beaucoup plus superficielle et plus curable. Ses papules sont moins dures et plus petites ; il ne saurait laisser de cicatrices.

Sur un nouveau traitement du lupus tuberculeux,

Par M. Danlos.

Il y a trois ans environ, après la publication des travaux de Finsen sur la thérapeutique des dermatoses par l'énergie lumineuse, ne pouvant, faute d'appareils convenables, répéter les essais du médecin danois, j'eus l'idée d'emprunter à une autre source l'énergie chimique, qui paraissait être l'agent actif de son traitement.

Tous les chimistes ont remarqué depuis longtemps que dans certaines préparations la présence de parcelles métalliques pouvant former des couples électriques facilite beaucoup les opérations. Chacun sait en particulier que dans la préparation de l'hydrogène par le zinc acidulé, quand le dégagement de gaz se fait mal, quelques gouttes de sulfate de cuivre ou de chlorure de platine, quelques grains de limaille de cuivre rendent immédiatement l'opération plus active et plus régulière. L'efficacité de ces agents tient à la formation de couples métalliques, zinc-cuivre ou zinc-platine. J'ai pensé à tirer parti de cette action électro-chimique comme source d'énergie dans le traitement du lupus.

Les chimistes ont essayé beaucoup de ces couples : zinc-cuivre, zinc-magnésium, etc. Le plus actif est sans contredit le couple zinc-cuivre obtenu par la voie humide ; c'est de lui que j'ai fait usage. On le prépare au moment même de s'en servir. Les éléments nécessaires sont une solution saturée de sulfate de cuivre, de la poudre de zinc et un tube à urine. On mêle à la solution cuprique une quantité de zinc plus que suffisante pour décolorer et on agite un instant.

Le mélange s'échauffe considérablement, des bulles d'hydrogène se dégagent, et si l'addition de zinc a été suffisante, la décoloration est

presque immédiate. Le résidu est un liquide clair (solution de sulfate de zinc) et une poudre noire formée d'un mélange intime de zinc et de cuivre. Cette poudre ou mieux cette bouillie métallique est la substance dont je fais usage. Avant de l'employer, je la débarrasse par lavage du sulfate de zinc qui l'imprègne et je l'étale comme une pommade à l'aide d'une spatule sur le lupus. Avec quelques filaments de coton à la surface, j'assure la fixité de l'application et je recouvre ensuite de diachylon et par-dessus d'un pansement légèrement compressif pour assurer le contact, car l'action électro-chimique n'existe plus à distance.

Cette application est répétée tous les jours jusqu'à la destruction du lupus. On a soin, avant de renouveler le pansement, d'enlever avec de l'eau tiède, au besoin avec une spatule, les parcelles métalliques adhérentes. Après un nombre variable d'applications, une parfois, plus habituellement trois ou quatre, la surface du lupus prend l'aspect perforé d'une écumoire ; les tubercules sont ulcérés, détruits, les parties de peau intermédiaires respectées par le pansement.

Cette action élective, qui s'observe d'ailleurs avec d'autres méthodes de traitement du lupus, est un des côtés les plus curieux de ce procédé. La matière morbide est seule détruite et la peau saine absolument respectée. Cela est tellement vrai que si l'on continue les applications métalliques, quand le lupus est détruit, la cicatrisation se fait sous le pansement et pour ainsi dire malgré lui.

En général ces applications sont peu douloureuses. La douleur débute quelquefois immédiatement, dans d'autres cas au bout d'une ou deux heures suivant l'état ulcéré ou non du lupus. Chez quelques sujets cependant la souffrance est intense, s'accompagne de tuméfaction et dure assez longtemps.

J'ai employé ce traitement depuis trois ans dans une vingtaine de cas environ avec des résultats satisfaisants.

Sur les surfaces planes, peu mobiles, où l'application métallique peut être bien faite, je ne le crois pas très inférieur au procédé de Finsen et il a l'avantage d'une plus grande rapidité. Aux orifices naturels il est inapplicable et ne saurait rivaliser avec la photothérapie. On remarquera que mes conclusions sont modestes et que je ne présente pas ce procédé comme destiné à remplacer les méthodes actuelles. Pour les grands lupus avec lésions orificielles la photothérapie lui est certainement supérieure ; pour les autres, le grattage à fond suivi d'une énergique cautérisation avec le chlorure de zinc au *maximum de concentration* donne d'aussi bons résultats, plus rapides peut-être ; mais l'instrumentation de Finsen n'est pas à la portée de tout le monde ; quelques malades se refusent au grattage, et tous les médecins n'ont pas de curettes. Tous, au contraire, ont un tube à urine et tous peuvent se procurer du zinc en poudre et du

sulfate de cuivre. Indépendamment de son efficacité, c'est par la simplicité de son emploi que se recommande la méthode.

En terminant, j'ajouterai quelques indications complémentaires.

Le lupus tuberculeux seul est justiciable pratiquement de cette méthode ; sur le lupus érythémateux l'influence est bien moins accusée. Nous n'avons pas essayé l'emploi des couples dans le cancroïde superficiel, mais nous ne serions pas surpris qu'ils aient contre cet état morbide une réelle efficacité.

Pour que l'action s'exerce activement, le mélange métallique doit être maintenu humide et en contact intime avec le tissu malade. Dans ce but il sera bon de recouvrir le pansement d'une feuille de tissu imperméable, et par-dessus celle-ci d'un tampon d'ouate maintenu par une bande pour assurer une compression légère.

Les couples sont peut-être plus actifs quand ils sont faits avec une solution récente de sulfate de cuivre.

La quantité de zinc pour un volume de solution cuprique saturée ne peut être indiquée avec précision, car la poudre de zinc commerciale contient une quantité variable mais toujours assez grande de tuthie (oxyde de zinc) inactive. Dans le doute, mieux vaut ajouter un léger excès de poudre qui n'a aucun inconvénient.

Altération des cheveux voisine du moniléthrix.

Par M. Danlos.

Louise G..., 6 ans et demi, blonde. Au dire de la grand'mère, l'affection aurait débuté l'été dernier sans maladie antérieure, sans cause et sans malaise local appréciable. Pas d'antécédents morbides personnels ou héréditaires ; le père, que nous n'avons pas vu, aurait, paraît-il, les cheveux *raides*. On se rappelle que, quand l'enfant est revenue de nourrice, elle n'avait pas de cheveux sur le derrière de la tête.

Actuellement la maladie occupe principalement la lisière du cuir chevelu au front et à l'occiput sous la forme d'une bande bien limitée, large de 7 à 8 centimètres, et mesurant dans le sens antéro-postérieur l'épaisseur d'un doigt. Sur ces bandes les cheveux, bien que depuis six mois ils n'aient pas été coupés, n'ont guère qu'un à deux centimètres de longueur. Ils sont grêles, ternes, secs, frisotants, lanugineux. L'ensemble rappelle l'aspect des cheveux brûlés par un fer trop chaud, chez les femmes qui se font des frisons. L'adhérence n'est pas diminuée et le cuir chevelu sur ces bandes comme dans le reste de son étendue est absolument normal. Pas de rougeur ni d'exfoliation, pas de kératose pilaire. En dehors des plaques du front et de l'occiput, les cheveux, bien que moins altérés, ne sont pas normaux.

Ils n'ont pas, quoique non coupés depuis six mois, plus de 6 à 7 centimètres. Quand ils ont atteint cette longueur, ils ne la dépassent plus, parce qu'ils se brisent sous le peigne. Près du cuir chevelu, dans l'étendue

de 2 centimètres environ, ils sont brillants, ondulés, soyeux, plus haut ils deviennent secs, lanugineux avec tendance à se grouper en tresses. Aucune tendance à l'alopécie ; d'une manière générale les cheveux paraissent plus fins qu'à l'état normal; aucune lésion du cuir chevelu. L'altération morbide ne se limite pas aux cheveux, les sourcils en sont atteints dans leur moitié externe. A la figure quelques dartres volantes (eczéma furfuracé), pas de kératose pilaire à la face ou sur les membres.

Examinés à l'œil nu ou à la loupe, sur fond clair et par transparence, les cheveux ne semblent pas altérés. Au microscope ils sont plutôt atrophiés et on trouve sur un assez grand nombre d'entre eux des renflements et des étranglements irréguliers qui font songer au moniléthrix. Les parties étranglées, sur les cheveux traités par la glycérine et la potasse, semblent pénétrer comme un coin dans les renflements, la séparation se faisant par deux lignes droites inclinées dont l'ensemble simule un coin encastré dans la partie large du cheveu. Après quelques heures cette apparence disparaît des préparations. Dans les parties à renflements se voient des espaces noirs allongés représentant soit la moelle normale du cheveu, soit plutôt des vides prédisposant à la cassure. A leur extrémité libre, beaucoup de cheveux sont épiés en balai. Pas de parasites appréciables.

D'après ces apparences, l'affection est à rappprocher de l'aplasie moniliforme, tout en se distinguant de cette maladie par les caractères suivants :

A l'œil nu et à la loupe les renflements et étranglements ne sont guère appréciables, les cheveux n'ont pas l'aspect zébré, et nombre d'entre eux, bien que malades, sont sensiblement de même diamètre dans toute leur longueur. En un mot, l'aspect moniliforme est beaucoup moins régulier et moins accentué que dans le monilethrix. En outre, l'affection n'est ni familiale (un frère a les cheveux tout à fait normaux), ni congénitale, et ne s'accompagne pas de kératose pilaire.

M. Sabouraud. — Je connais cette dystrichie particulière ; j'en soigne en ce moment un cas identique, de même âge et également chez une fillette.

Microscopiquement, les cheveux présentent des lésions analogues à celles du moniléthrix, mais non tout à fait semblables et moins régulières. Les localisations de cette maladie sont, comme celle de l'ophiasis, limitées au pourtour de la chevelure. Les cheveux, même sur les surfaces malades, sont aussi nombreux que partout ailleurs, seulement ils ne dépassent pas une certaine longueur au delà de laquelle ils se cassent

L'amélioration de cette affection par les applications d'huile de cade est certaine, mais je ne sais pas encore si elles amèneront une guérison absolue d'une lésion très évidemment dystrophique.

Syphilis méconnue. Lésions osseuses datant de deux ans.

Par MM. E. Gaucher et A. Coyon.

Cette observation peut se résumer ainsi :

Infiltration gommeuse du muscle sterno-mastoïdien gauche, tumeur blanche syphilitique du genou droit, gomme avec fracture ouverte de la clavicule gauche, considérées pendant deux ans comme des lésions tuberculeuses et guéries en trois mois par les injections de benzoate de mercure.

Voici les détails de l'observation, qui présente quelques particularités intéressantes au point de vue clinique et thérapeutique :

Mme X..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolle, le 20 mars 1899. Cette femme est mariée, mère de famille et n'offre aucun symptôme de syphilis dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Sa mère, morte à l'âge de 43 ou 44 ans, était éthylique. Son père est vivant et bien portant. Elle a eu deux frères, dont l'un est mort du croup et l'autre, bien constitué, est mort en venant au monde.

Elle n'a jamais été malade, même dans son enfance. Réglée à 13 ans, elle a toujours été bien réglée. Mariée à 18 ans, elle eut à 20 ans sa première grossesse; l'enfant, un petit garçon, est vivant, bien constitué, et ne présente aucune trace de syphilis héréditaire.

Le mari, interrogé à plusieurs reprises, nie tout antécédent spécifique ; il dit seulement avoir eu il y a cinq ou six ans un léger écoulement uréthral qui dura dix à douze jours, écoulement non douloureux qui disparut sans traitement. Il n'a jamais présenté la moindre éruption cutanée et, actuellement, l'examen ne permet pas de retrouver chez lui le moindre indice, le moindre reliquat de syphilis.

Il y a deux ans, à l'âge de 24 ans, sans aucun symptôme prémonitoire, Mme X... eut de l'anasarque généralisée qui dura huit jours. Un médecin appelé constata une grande quantité d'albumine dans les urines. La malade fut mise au régime lacté et au repos, et les symptômes disparurent rapidement; le régime lacté fut suivi pendant six mois et, depuis cette époque, la malade ne présenta plus d'albumine dans les urines.

C'est alors que commença la tuméfaction de la région sterno-mastoïdienne gauche, qui fut au début traitée par des applications de baume tranquille.

En 1898, il y a dix-huit mois, la malade se plaignit de douleurs dans le genou droit et la marche devint impossible ; le genou droit se tuméfia, devint plus volumineux ; quelques douleurs se manifestèrent aussi dans le genou gauche. Jamais il n'y a eu de fièvre ; mais, tandis qu'à gauche les douleurs disparaissaient rapidement, le genou droit augmenta encore de volume et resta douloureux pendant la marche et à la pression ; on pensa à une tumeur blanche. De nombreuses applications de pointes de feu n'amenèrent aucune amélioration.

Dans les derniers jours de décembre 1898, apparut sur la région clavi-

culaire gauche, au niveau de l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la clavicule, une petite tuméfaction rouge qui s'accrut progressivement et finit par s'ulcérer ; cette tumeur était absolument indolore.

L'ulcération ne s'agrandit pas ; elle laissait suinter un liquide sanieux et n'empêchait nullement la malade de vaquer à ses occupations, quand dans les premiers jours de mars 1899, en faisant son lit, la malade fit un léger effort : elle sentit un craquement se produire et ne put plus se servir de son bras.

C'est pour ces accidents multiples que cette femme nous est adressée, considérée comme tuberculeuse et incurable.

Son examen, le 20 mars 1899, nous fournit les résultats suivants :

C'est une femme petite, légèrement anémiée et bien constituée. On ne trouve chez elle aucun stigmate de syphilis héréditaire ni de syphilis acquise. L'appétit est bon et l'état général satisfaisant.

On constate une impotence du bras gauche, que la malade ne peut soulever qu'en s'aidant de la main droite. Au niveau du tiers interne de la clavicule existe une ulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs, à bords ronds, décollés, laissant suinter un liquide sanieux.

Au fond de l'ulcération, à la partie supérieure externe, apparaît le fragment externe nécrosé, noirâtre de la clavicule ; le fragment interne, situé à la partie inférieure, présente un aspect normal.

Nous avons donc sous les yeux une fracture ouverte, spontanée, de la clavicule gauche, par lésion osseuse.

A gauche également nous voyons que la région sterno-mastoïdienne forme un relief manifeste ; la palpation fait reconnaître l'existence d'une masse dure, non rénitente, siégeant dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien et s'étendant sur toute sa longueur.

Le genou droit est considérablement augmenté de volume, comparé au genou gauche ; cette augmentation est surtout manifeste en dedans, sur le condyle interne du fémur.

L'examen montre qu'il existe un empâtement généralisé uniforme des tissus à ce niveau ; il n'y a ni fluctuation ni rénitence en aucun point, pas d'hydarthrose. Le genou mesure dans sa plus grande largeur 35 centimètres de circonférence. Les mouvements sont difficiles ; il y a peu de douleur à la pression.

Depuis quatre mois, la malade présente en outre une extinction de voix.

L'examen du larynx, fait à diverses reprises dans le service de laryngologie, n'a jamais révélé la moindre lésion ; la malade ne se plaint d'aucune douleur. Cette aphonie est simplement due à une parésie des cordes vocales.

Dans les poumons, on note une respiration légèrement soufflante aux sommets. Le cœur présente un léger roulement présystolique à la pointe.

Les autres organes sont normaux.

Malgré l'absence de tout antécédent spécifique connu, nous n'hésitons pas à attribuer les lésions multiples à la syphilis. La tuméfaction du sterno-mastoïdien est une infiltration gommeuse de ce muscle. La fracture de la clavicule est due à une gomme osseuse. L'arthropathie du genou est produite par une infiltration gommeuse de l'épiphyse fémorale. L'un

de nous a déjà décrit cette variété d'arthropathie syphilitique, produite par des gommes épiphysaires (1).

Nous instituons sans retard le traitement spécifique de la façon suivante :

La malade est soumise aux injections de benzoate d'hydrargyre : 2 centigrammes de benzoate chaque jour. Au bout d'une semaine le traitement est interrompu quelques jours à cause de la diarrhée.

Le 24 mars 1900, nous assistons à l'élimination d'un petit séquestre claviculaire.

Le 5 avril, on reprend les injections de benzoate de mercure jusqu'au 16 avril ; on doit alors les suspendre de nouveau, à cause d'un retour de la diarrhée.

Le 16 avril, on donne deux pilules de Dupuytren et une potion renfermant 6 grammes d'iodure de potassium.

A cette date, les lésions sont déjà en voie d'amélioration manifeste. La tumeur de la région sterno-mastoïdienne a notablement diminué ; le genou droit est moins volumineux ; on ne trouve plus que 33 centimètres de circonférence au lieu de 35 centimètres qui existaient au début.

On continue les pilules de Dupuytren à la dose de deux par jour, et l'iodure de potassium, dont on n'administre plus que 2 grammes par jour jusqu'au 2 mai, époque à laquelle on reprend les injections de benzoate de mercure.

A la date du 2 mai, la gomme du muscle sterno-mastoïdien a disparu ; le genou droit est presque du volume du genou gauche ; la gomme claviculaire est en voie de cicatrisation, mais il existe un petit fragment osseux qui vient faire hernie à travers l'orifice cutané et empêche la cicatrisation.

La consolidation de la fracture ne se fait pas, bien que le bras soit parfaitement immobilisé dans une écharpe de Mayor, depuis l'entrée de la malade dans notre service.

Les injections mercurielles sont continuées jusqu'au 15 mai. On les cesse alors pour ne les reprendre que le 26 mai à la dose d'un centigramme de benzoate par jour. Elles sont alors continuées jusqu'au 20 juin.

A cette date on constate que la tumeur de la région sterno-mastoïdienne a complètement disparu ; on note seulement au toucher un léger épaississement fibreux du muscle.

Le genou droit est redevenu normal. Il présente une circonférence de 32 centimètres.

La clavicule n'est toujours pas consolidée ; la plaie elle-même n'est pas cicatrisée.

Le 5 juin se produit l'élimination d'un séquestre osseux assez volumineux, séquestre de trois quarts de centimètre de long environ sur un demi-centimètre de large, mais la cicatrisation de la plaie est empêchée par l'extrémité d'un fragment osseux qui fait saillie et dilacère la cicatrice. Ce fragment est sectionné à la pince coupante.

Dans les premiers jours de juillet, la plaie est complètement cicatrisée, mais la clavicule n'est pas consolidée.

(1) V. E. GAUCHER. Des gommes épiphysaires, variété spéciale d'arthropathie syphilitique tertiaire. *Bull. de la Société clinique de Paris*, 1879.

On fait alors ingérer à la malade, pendant six semaines, de la poudre de corps thyroïde. La malade prend chaque jour deux cachets de 10 centigrammes de poudre de corps thyroïde de mouton.

Malgré l'ingestion de corps thyroïde, la consolidation osseuse ne se produit pas et la malade quitte le service en août 1899, avec une pseudarthrose, mais une pseudarthrose très serrée, assurant la coarctation parfaite des fragments osseux. On constate, en effet, au niveau de la fracture, la présence d'un cal fibreux peu volumineux ; l'articulation sterno-claviculaire n'est le siège d'aucun mouvement ; tous les mouvements se passent dans cette pseudarthrose, qui remplace parfaitement l'articulation normale. La malade n'est nullement gênée dans ses mouvements ; revue en septembre et en octobre, elle se sert parfaitement de son bras et remue l'épaule aussi bien qu'avant sa fracture.

Mme X..., qui est revenue, depuis cette époque, à différentes reprises à l'hôpital Saint-Antoine et récemment encore, en mars 1901, est complètement guérie de ses lésions anciennes ; l'état général est resté très bon ; aucune autre lésion syphilitique ne s'est manifestée.

Au cœur existe toujours, à la pointe, un léger roulement présystolique de rétrécissement mitral.

L'intérêt de cette observation de syphilis ignorée réside d'abord dans la longue durée du temps pendant lequel la nature des lésions a été méconnue et dans la multiplicité de ces lésions. Il réside aussi dans la forme des lésions syphilitiques. La nécrose et la fracture spontanée de la clavicule, la tuméfaction de l'épiphyse fémorale pouvaient, il faut le reconnaître, facilement être imputées à la tuberculose, en l'absence de tout commémoratif et de tout symptôme antérieur d'infection syphilitique. La tumeur mastoïdienne était plus caractéristique et c'est elle surtout qui nous a guidé dans notre diagnostic. Ce diagnostic a été parfaitement confirmé par l'efficacité du traitement.

Ce cas montre, après tant d'autres, la nécessité de soumettre à la médication spécifique toutes les lésions osseuses, même celles qui, au premier abord, paraissent le moins relever d'une origine syphilitique.

Mélanodermie arsenicale.

Par MM. E. Gaucher et Henry Bernard.

Parmi les nombreux troubles provoqués par la médication arsenicale, la *mélanodermie* est un de ceux qui sont le plus souvent méconnus.

C'est pourquoi nous croyons intéressant de publier l'observation suivante, relative à une mélanodermie produite par l'absorption prolongée de liqueur de Fowler.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, qui vint nous consulter, il y a un an,

en mai 1900, pour une pigmentation de coloration brune, disséminée sur une grande partie du corps. Cette femme, qui jamais n'a été atteinte d'aucune maladie, sauf d'une rougeole dans son enfance, qui jamais n'a eu d'enfants, ni fait de fausses couches, s'aperçut, il y a environ quatre ans, que son cou, qu'elle laissait découvert pendant l'été, « devenait noir ». Depuis son enfance, la malade avait sur la face quelques taches de lentigo, qui augmentaient chaque été, mais sans jamais prendre de proportions gênantes. Peu à peu, la pigmentation du cou augmenta d'intensité, en même temps que des taches noires apparaissaient en d'autres points du corps, particulièrement sujettes à des frottements répétés ou à une sudation abondante : aisselles, ceinture, front, etc.

Au moment où la malade vient nous consulter, cette pigmentation s'étend à la presque totalité du corps. Elle est constituée par des taches brunes plus ou moins foncées, dont la nuance varie de la teinte café au lait à une coloration presque noire, arrondies, de dimensions très variables : les plus petites ont la largeur d'une tête d'épingle ; d'autres atteignent les dimensions d'une lentille ; en certains points, ces taches sont isolées et séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine ; en d'autres endroits, elles sont confluentes et forment alors de larges plaques brunes ou brun noirâtre.

Ces taches ont une prédominance très marquée sur certaines régions du corps. A la face, les taches sont claires, très espacées, sauf au niveau du front où elles deviennent plus confluentes et plus foncées, formant un véritable masque. A la nuque et sur les régions latérales du cou, les taches sont très serrées et forment de larges plaques fauves, sur lesquelles se détachent en brun des parties plus pigmentées : c'est là que la mélanodermie a débuté et qu'elle est toujours restée plus marquée.

Le tronc est pigmenté dans sa totalité, mais cette pigmentation a son maximum au creux épigastrique et sur tout le pourtour de la ceinture, où elle constitue une large bande brunâtre sur laquelle, comme au cou, se détachent des macules plus foncées. La pigmentation est encore très marquée dans la partie supérieure du dos à la région lombaire et à la région sus-pubienne. Les membres supérieurs et inférieurs sont à peu près indemnes et ne présentent que de rares taches très claires, sauf les cuisses, sur lesquelles les taches sont plus confluentes ; la paume des mains et la plante des pieds ne présentent ni coloration anormale, ni modifications de l'épiderme. La muqueuse buccale est également intacte.

Longuement interrogée sur ses antécédents, la malade nous raconte que, depuis sept ans, et jusqu'il y a un an, c'est-à-dire pendant six années consécutives, elle a pris sans discontinuer (avec seulement des arrêts de huit jours par mois), de la liqueur de Fowler, à la dose dix à vingt gouttes par jour, parce qu'on lui avait dit que c'était le moyen de se bien porter et d'avoir un teint frais.

Après avoir recommandé à la malade de s'abstenir d'une façon absolue de son médicament favori, nous lui prescrivons des lotions, sur les régions du corps les plus pigmentées, avec une solution antéphélique à base de sublimé et de chlorhydrate d'ammoniaque.

Ces lotions ont été continuées, matin et soir, pendant plusieurs mois

sans interruption ; pendant ce temps, nous avons revu la malade à plusieurs reprises, et nous n'avons pas constaté d'amélioration sensible dans l'intensité ni dans l'étendue de la pigmentation. L'état général, qui a d'ailleurs toujours été satisfaisant, s'est maintenu tel jusqu'à ce jour, huit mois après le début du traitement.

Voilà donc une malade qui, après une absorption journalière de 10 à 20 gouttes de liqueur de Fowler pendant trois ans, voit apparaître une mélanodermie, d'abord localisée à la nuque et au cou ; sous l'influence de la continuation du médicament pendant trois autres années, la pigmentation s'étend peu à peu à la presque totalité du corps ; cette pigmentation est constituée par des taches arrondies, plus ou moins foncées, plus ou moins confluentes. Malgré la cessation de l'arsenic, malgré un traitement local modificateur de l'épiderme, la pigmentation persiste encore, à peine atténuée, deux ans après l'absorption de la dernière dose d'arsenic.

Cette observation se rapproche, par bien des points, des autres observations de mélanodermie arsenicale publiées jusqu'ici, et dont la plupart ont été collectées dans les thèses récentes de G. Brouardel (1), de Richard (2), de Dupoux (3), et dans le travail de Méneau (de la Bourboule) (4).

Comme dans les cas de Mathieu (5), de Richardière (6), comme dans plusieurs des cas rapportés par G. Brouardel, la pigmentation a débuté par la nuque, pour s'étendre ensuite au tronc et au ventre. Comme dans la plupart des cas aussi, cette pigmentation est surtout marquée dans les points soumis à des pressions, ainsi que l'a fait remarquer Audry (7), ou à des frottements répétés ; elle a une prédilection pour les régions recouvertes par les vêtements, comme cela existait dans de nombreuses observations, notamment dans celle rapportée récemment par Joffroy (8) ; elle respecte au contraire les mains et les pieds et même la presque totalité des membres. Comme dans les observations de Geyer (9), de Mathieu (10), d'Enriquez et Lereboullet (11), la peau présente un aspect tacheté très particulier,

(1) G. Brouardel. *L'arsenicisme.* Th. de Paris, 1897.

(2) Richard. *Des pigmentations cutanées d'origine médicamenteuse.* Th. de Paris, 1898.

(3) Dupoux. *Accidents de la médication arsenicale.* Th. de Paris, 1900.

(4) Méneau. Les dermatoses arsenicales. *Ann. de dermat. et syphiligr.*, 1897.

(5) Mathieu. Arsenicisme chronique. *Soc. méd. des hôp.*, 30 mars 1894.

(6) Richardière. Mélanose arsenicale. *Soc. méd. des hôp.*, 27 avril 1894.

(7) Audry. Mélanodermie arsenicale. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1896, p. 1413.

(8) Joffroy. Sur un cas d'intoxication arsenicale avec pigmentation abondante, torpeur cérébrale et accès de délire. *J. de méd. et de chir. pratiques*, 10 janv. 1901.

(9) Geyer. *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1898, p. 221.

(10) Mathieu. *Loc. cit.*

(11) Enriquez et Lereboullet. Sur deux cas de mélanodermie arsenicale généralisée. *Soc. méd. des hôp.*, 30 mars 1900.

dû à l'existence de taches brunâtres, arrondies, comparées par ces derniers observateurs à un semis de grains de tabac. Comme c'est la règle également, les muqueuses ne présentent aucune pigmentation.

La mélanodermie, dans notre cas, paraît excessivement rebelle, et ni la cessation du toxique, ni le traitement local ne l'ont fait rétrocéder. Peut-être faut-il attribuer ce fait à la longue durée de l'intoxication et à l'énorme quantité totale d'arsenic absorbée pendant six années consécutives. D'ailleurs, à part quelques cas assez rares, la longue persistance de la pigmentation est de règle, créant parfois de grandes difficultés pour le diagnostic avec la maladie d'Addison.

Au point de vue pathogénique, notre observation n'apporte aucun élément important : tout au plus, peut-on relever, chez notre malade, une prédisposition aux pigmentations, résultant d'une part de la coloration brun foncé du système pileux, d'autre part de l'existence, depuis le jeune âge, de taches de lentigo, localisées à la face, et subissant une poussée chaque été.

Troubles trophiques des extrémités digitales par névrite traumatique. Leur traitement par les bains électriques locaux.

Par MM. E. Gaucher et Lacapère.

Le 22 février 1901, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lorain, un nommé L..., âgé de 52 ans, manœuvre, atteint depuis plusieurs années de troubles trophiques des doigts consécutifs à un traumatisme, affection pour laquelle il a déjà été soigné dans notre service du mois de janvier à la fin du mois de mars 1898.

L'étude des antécédents du malade montre que le début de l'affection remonte très probablement à une époque antérieure au traumatisme. Il y a trente ans en effet, au cours de la campagne de 1870, L... eut les deux mains gelées à la suite d'une immersion prolongée et fut atteint d'une impotence passagère des doigts qui céda en quelques jours à des onctions grasses et à des enveloppements dans de la laine.

Pendant quelques mois, cependant, L... affirme avoir présenté une sensibilité spéciale au froid. L'abaissement de la température, l'immersion des mains dans l'eau froide provoquaient une anesthésie complète des doigts.

Il ajoute que, six mois après l'accident, les ongles des mains se détachèrent de la racine vers l'extrémité libre, laissant paraître des ongles nouveaux déjà complètement formés.

Peu à peu les troubles de sensibilité provoqués par le froid s'atténuèrent pour disparaître complètement moins d'un an après le début des accidents.

En décembre 1893, L... travaillait comme manœuvre, lorsqu'il eut les mains écrasées par la chute d'une lourde poulie en fer. Les cinq doigts de la main droite et les trois derniers doigts de la main gauche furent pris sous la masse.

L... amputa lui-même l'auriculaire droit, complètement broyé jusqu'au milieu de la seconde phalange, et tenant encore au moignon par quelques lambeaux de peau.

Admis à l'hôpital Saint-Louis dans le service du D[r] Marchand, le malade présenta des accidents de gangrène au niveau des extrémités digitales les plus atteintes. Mais ces accidents guérirent sans intervention chirurgicale, à la suite d'applications humides répétées.

Cependant la cicatrisation ne s'opérait qu'avec grande lenteur. La suppuration qui s'était installée après le traumatisme persistait encore trois ans plus tard. A cette époque, trois doigts de la main constituaient des moignons au sommet desquels l'os apparaissait à nu. Le pouce droit était à peu près cicatrisé. La main gauche était en meilleur état, sans être encore guérie complètement.

En janvier 1898, le malade se présente pour la première fois à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du D[r] Blum, qui l'envoie au D[r] Gaucher.

A cette époque on constate que le pouce et l'auriculaire droits sont cicatrisés. Leur guérison, dit le malade, date de six mois environ.

Les trois autres doigts de la main droite et les trois doigts écrasés de la main gauche continuent à suppurer. Les mouvements des doigts sont peu étendus.

Traité par des pansements humides et des bains électriques locaux (1), le malade guérit et, le 27 mai 1898, il sort de l'hôpital. Les plaies sont complètement cicatrisées.

La motilité des doigts a presque entièrement reparu et le malade peut reprendre son travail. Il reste complètement guéri pendant deux ans et demi.

Mais, vers la fin de l'année 1900, la sensibilité au froid augmente progressivement, l'impotence fonctionnelle reparaît et le malade est admis de nouveau dans notre service le 23 février 1901.

Les doigts, gros et violacés, présentent l'apparence de boudins, terminés par un ongle déformé.

Au niveau de l'index droit, l'ongle, au lieu d'occuper la partie postérieure de la phalangette, en occupe exactement le sommet, déplacement dû à la rétraction cicatricielle des parties molles. Cet ongle est atrophié, noirâtre et commence à se détacher au niveau de la matrice pour faire place à un ongle nouveau. Les ongles des autres doigts occupent leur situation normale, mais présentent de notables altérations trophiques telles que sillons transversaux multiples et épaississement très considérable du bord libre.

La peau est épaissie et tendue. Les plis articulaires sont presque effacés.

Le malade se plaint d'une sensation d'engourdissement continue occupant les doigts et la partie inférieure du métacarpe.

(1) Voici comment sont organisés ces bains électriques : dans une cuvette remplie d'eau salée, on place les deux plaques terminales des rhéophores d'une machine à induction. Le malade plonge ses mains dans cette *eau électrisée* et les y maintient pendant 10 à 15 minutes ; il prend un bain chaque jour. Ce traitement m'a donné de très bons résultats dans tous les troubles trophiques ou simplement vaso-moteurs des mains (asphyxie locale, acro-asphyxie, etc.).

La sensibilité au froid est excessive. Le moindre abaissement de température détermine des douleurs névralgiques extrêmement vives siégeant sur les côtés des doigts et s'irradiant jusqu'au poignet où elles prennent le caractère de douleurs en bracelet. Du côté droit, les irradiations sont plus étendues encore et les douleurs sont perçues jusque dans l'épaule. Il semble que la névrite primitivement localisée aux points traumatisés est en train de devenir une névrite ascendante.

L'apparition de ces névralgies à la moindre impression de froid s'accompagne de phénomènes vaso-moteurs très appréciables. La température des doigts et de la main diminue considérablement, et cet abaissement peut être constaté à la main, sans l'aide du thermomètre. En même temps les doigts prennent une teinte cyanotique qui empiète sur la partie inférieure du métacarpe.

Ces phénomènes disparaissent si on élève artificiellement la température des doigts, par exemple en les plaçant dans l'eau chaude. Les douleurs disparaissent progressivement et la cyanose fait place à une congestion périphérique intense.

La sensibilité objective est aussi très profondément troublée : la sensibilité tactile est conservée, bien que nettement diminuée, au niveau des doigts index, médius et annulaire droits, médius et annulaire gauches.

La sensibilité à la douleur et à la température a disparu au niveau de ces doigts, ainsi qu'à la partie inférieure de la main droite, tant au niveau de la paume qu'au niveau du dos de la main.

Les mouvements des doigts sont très limités. Le malade arrive avec difficulté à les fléchir jusqu'à angle droit environ sans pouvoir dépasser ce degré de flexion. La difficulté des mouvements, qui paraît tenir autant à la raideur des petites articulations, à la suite d'immobilité prolongée, qu'à l'épaississement de la peau et du tissu cellulaire, et à l'impotence des fléchisseurs des doigts, l'empêche de saisir avec les doigts de petits objets ou de soulever des poids un peu lourds.

Les avant-bras et les bras, fortement musclés, ne présentent aucun degré d'atrophie.

En résumé, les troubles, localisés au niveau des doigts, sont essentiellement constitués par :

L'hypoesthésie tactile, douloureuse et thermique;

L'apparition de névralgies intermittentes, particulièrement à la suite de l'action du froid;

La diminution de la motilité;

Enfin, l'existence de troubles trophiques, chute ou déformation des ongles, troubles vaso-moteurs, état spécial de la peau auquel les Anglais ont donné le nom de Glossy-Skin.

Tous ces symptômes relèvent de l'altération des nerfs, la névrite paraissant remonter à une date fort éloignée.

L'échéance lointaine des accidents, l'apparition progressive et lente des troubles trophiques sont d'ailleurs de règle dans cette variété de névrite.

La maladie, dans le cas que nous venons de rapporter, paraît avoir présenté trois étapes bien distinctes :

La première, qui date aujourd'hui de plus de trente ans, en marque le début à la suite de l'exposition à un froid intense. Cette phase, qui dure sept à huit mois, montre déjà, par les troubles trophiques apparus six mois après l'accident causal, qu'il existait une altération anatomique des filets nerveux. Cependant, les symptômes s'amendent d'une façon progressive pour disparaître spontanément.

Vingt-trois ans plus tard, un violent traumatisme vient réveiller l'affection et les mêmes symptômes reparaissent, mais plus graves que la première fois. La durée de la cicatrisation, l'importance des troubles trophiques montrent que les altérations nerveuses sont beaucoup plus profondes.

Les douleurs, autrefois localisées, s'irradient suivant les troncs nerveux; cette fois, les symptômes ne cèdent pas spontanément, l'intervention du traitement est nécessaire pour faire rétrocéder les accidents.

Enfin, trois ans après cette seconde atteinte, les douleurs reparaissent plus violentes, plus étendues que les premières fois, sans qu'aucune cause, autre que la lésion nerveuse ancienne, explique cette recrudescence des accidents.

Le traitement de la rechute actuelle consiste dans les mêmes bains électriques locaux, qui nous ont déjà une fois procuré la guérison. Le malade est en voie d'amélioration graduelle; mais son rétablissement complet demandera probablement plus de temps que la première fois.

Impétigo sycosiforme de la barbe.

Par M. F. Balzer.

B. L..., âgé de 40 ans, charretier, entre à la salle Hillairet, le 8 mars, pour une affection croûteuse de la face qui semble être un sycosis parasitaire. On pense à ce diagnostic d'autant plus facilement que le malade conduit et soigne les chevaux. En l'interrogeant nous apprenons les détails suivants : il a eu 5 enfants; 4 sont vivants. L'aîné a présenté, il y a deux mois, une affection croûteuse du cuir chevelu avec phthiriase. Un autre, âgé de 5 ans, atteint également de phthiriase, a présenté aussi une éruption croûteuse.

Il y a un mois le malade, après s'être fait raser, constate le même jour sur la joue gauche une plaque rouge s'étendant du lobule de l'oreille à l'angle du maxillaire gauche. Cette plaque rouge devint squameuse les jours suivants. Ce n'est que quinze jours après qu'apparaissent des pustules vers l'angle du maxillaire. Ces pustules gagnent peu à peu le menton, la région sus-hyoïdienne, puis la joue droite dans sa moitié inférieure. Cinq ou six jours après, ces pustules sont remplacées par de gros bour-

geons charnus. Au moment de l'entrée, toute la barbe est recouverte de croûtes melliformes que les pansements font tomber facilement. Sous les croûtes se voient des mamelons de sycosis rouges, sphériques, suintants, du volume d'un pois à celui d'une petite noisette, séparés les uns des autres par de petits intervalles de peau saine. Au-dessous de la commissure droite existe un placard de bourgeons conglomérés, aplatis et séparés les uns des autres seulement par de petits sillons.

Les mamelons de sycosis sont assez fermes et couverts de poils qui s'arrachent facilement ; la suppuration est abondante, souvent mélangée de sang.

L'affection occupe surtout le côté gauche de la face. Il n'existe qu'un bouton de sycosis sur le côté droit du cou. On trouve aussi quelques croûtes d'impétigo sur la joue et sur la paupière gauches.

En raison de la profession du malade et des circonstances dans lesquelles était née tout récemment son affection, le diagnostic de sycosis parasitaire paraissait s'imposer, mais avec certaines restrictions cependant, à cause de l'aspect jaune, nettement melliforme, des croûtes qui existaient sur les joues et sur la paupière.

Un premier examen de poils et de squames ne donna aucun résultat. Il fut renouvelé fréquemment, environ dix fois pendant le séjour du malade à l'hôpital, portant à chaque fois sur un minimum de 10 à 12 poils, et toujours avec un résultat négatif.

Nous étions ainsi amenés à modifier notre diagnostic et à conclure à un impétigo contracté sans doute au contact du malade avec ses enfants. L'apparence melliforme des croûtes, sur la barbe comme sur les parties glabres, était nettement celle de l'impétigo commun streptococcique. Mais le caractère particulier de l'affection de la barbe a consisté surtout dans la production de folliculites pilaires aiguës et profondes, qui lui ont donné une physionomie semblable à celle du sycosis trichophytique.

Les effets du traitement institué nous paraissent aussi corroborer cette opinion. En effet, bien que notre malade n'ait pas été traité par les méthodes en usage contre la trichophytie de la barbe, et notamment par l'épilation, il n'en a pas moins été promptement soulagé.

Le traitement consista d'abord en applications de compresses d'eau bouillie pour détacher les croûtes, plus tard en pansements avec la pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1 p. 20. Les résultats furent très rapides pour l'impétigo des parties glabres ; plus lents, mais satisfaisants aussi pour les lésions de la barbe. Dans les derniers temps, pour obtenir une réduction plus rapide des boutons de sycosis, on faisait quelques attouchements avec la teinture d'iode. Le malade sortit de l'hôpital le 27 mars dans un état d'amélioration suffisant pour qu'il pût achever sa guérison chez lui.

Les auteurs exposent assez succinctement les caractères diagnos-

tiques qui distinguent le sycosis trichophytique du sycosis non tricho-phytique dans leurs formes aiguës, suppuratives. Disons tout d'abord qu'il ne serait pas impossible que la trichophytie à forme sycosique pût se compliquer de la présence des mêmes parasites que ceux de l'impétigo. Nos recherches ne nous permettent pas de nous arrêter sur cette partie si importante de notre sujet; nous devons nous borner ici à l'étude clinique des faits. Or, si nous comparons le moulage de notre malade, exécuté par M. Baretta, avec ceux qui existent déjà dans le Musée, nous voyons que les boutons du sycosis non tricophytique ont manifestement une moindre tendance à devenir confluents. Même dans les points où ils sont volumineux et nombreux au point de se toucher, ils restent cependant à l'état de cohérence, séparés et assez distincts les uns des autres. Nous voyons, au contraire, le sycosis trichophytique former de véritables nappes, des placards presque uniformes d'aspect, massifs, et dans lesquels la confluence des lésions folliculaires s'étend manifestement d'une manière plus égale et dans une plus grande étendue de la peau. Ce signe nous paraît avoir une certaine valeur en examinant les moulages du Musée; mais il n'en reste pas moins certain qu'en présence du malade isolé il faudra toujours, dans des cas analogues au nôtre, recourir à des examens microscopiques répétés pour pouvoir poser le diagnostic avec certitude.

Lichen de Wilson avec localisation péripilaire.

Par MM. H. Hallopeau et Fouquet.

L'un de nous a déjà présenté à la Société deux malades chez lesquels il existait concurremment un lichen plan typique et des lésions péri-pilaires simulant le pityriasis rubra pilaire : nous avons admis qu'il n'y avait là qu'une apparence, que ces lésions péripilaires n'offraient pas dans leur ensemble les caractères cliniques de la maladie de Devergie-Richaud-Besnier, qu'il s'agissait d'une simple localisation péripilaire des altérations du lichen de Wilson.

C'est également ainsi que nous interpréterons l'observation du malade que nous montrons aujourd'hui.

Le nommé Amédée F..., âgé de 45 ans, entre le 27 mars 1901, salle Bazin, lit no 36.

Il n'y a rien à noter dans les antécédents.

L'éruption remonte à quatre mois; elle a été précédée d'un léger traumatisme; elle s'est étendue graduellement sur les deux jambes.

Actuellement, elle est limitée aux membres inférieurs; sur chacune des jambes, on voit des plaques éruptives, dont les plus petites ont le volume d'un grain de millet, tandis que les plus grandes forment des plaques, à

contours sinueux, allant jusqu'à 10 centimètres dans leur grand diamètre.

Ces boutons sont arrondis ou ovalaires, durs au toucher, d'une coloration rouge pâle; ils disparaissent en grande partie sous la pression du doigt.

On voit au centre d'un grand nombre d'entre eux des points desquamatifs du volume d'une pointe d'aiguille, avec un poil central.

Dans les plaques confluentes, ces semis péripilaires sont abondants et rappellent l'aspect d'un de ces jeux qu'on appelle *solitaires*, dont les orifices seraient distants de 2 à 3 millimètres.

Sur nombre de ces plaques, la rougeur est parsemée de colorations plus blanches rappelant l'opale.

Les plis de la peau sont exagérés, sous forme de sillons.

Les contours des grandes plaques sont polycycliques, assez nettement arrêtés, sans rebords taillés à pic cependant.

Ces plaques sont abondantes sur la partie antérieure externe des deux jambes; on en trouve à la partie postéro-interne de la jambe gauche.

A côté des grains pilaires, qui font très légèrement saillie, il y a d'autres îlots desquamatifs, au niveau desquels les poils sont arrachés. On voit aussi des poils cassés au niveau de plusieurs d'entre eux.

Sur le dos de la première phalange du 5e orteil gauche, on remarque, au niveau des poils, des squames ponctiformes à la périphérie de légères saillies miliaires colorées en noir.

Il en est de même sur le dos de la première phalange du gros orteil gauche.

On note des altérations semblables avec rougeur de la peau, à droite, sur le dos de toutes les premières phalanges des orteils, à gauche sur le dos des premières phalanges des doigts auriculaire et annulaire.

Des deux côtés, il existe une hyperkératose palmaire (le malade est tourneur).

Au niveau d'une des plaques éruptives de la jambe droite, le malade a vu se développer une bulle mesurant 8 millimètres dans son grand diamètre; on voit en outre plusieurs excoriations provoquées par le grattage.

A la partie interne du genou se trouvent des saillies acuminées multiples, d'un rose pâle, résistantes au toucher, péripilaires.

Les ganglions verticaux de l'aine sont durs.

Sur le côté droit de la région lombaire, on voit une éruption de taches lenticulaires; en les regardant de près, on peut s'assurer qu'elles sont constituées par la confluence des mêmes grains acuminés péripilaires qui ont été signalés à la jambe.

La muqueuse buccale est intacte.

Un traitement par le glycérolé tartrique au vingtième et les douches chaudes est institué.

13 avril. La situation s'est notablement modifiée, en ce sens que les altérations péripilaires des orteils ont presque entièrement rétrocédé. On voit cependant des points noirs, sur la première phalange des orteils, surtout des petits orteils, autour des poils. Les lésions de lichen planus persistent au niveau des deux jambes; elles s'accompagnent de soulèvements bulleux qui se produisent et se renouvellent à plusieurs reprises depuis quelques jours.

Comme phénomènes particuliers, il faut mentionner l'existence de collerettes desquamatives autour des poils des parties atteintes. Ces collerettes existent également autour d'orifices dont le poil est tombé. En dehors des plaques de lichen plan, il y a des papules acuminées, dures au toucher, présentant au centre un poil; ces altérations sont très nombreuses sur la partie antérieure des jambes.

En dehors de ces lésions péripilaires, les plaques de lichen sont criblées de dépressions linéaires, avec stries opalines caractéristiques du lichen de Wilson.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant chez ce malade, c'est la présence des grains saillants sur la face dorsale de plusieurs des doigts et des orteils : on la considère généralement comme appartenant en propre au pityriasis rubra pilaire.

Nous nous sommes demandé un instant si toutes les altérations dont ce malade est porteur ne pourraient pas être rattachées à ce même type morbide, mais cette hypothèse n'est pas soutenable, puisque l'éruption s'accompagne de soulèvements bulleux, altérations que l'on observe dans le lichen de Wilson, mais qui n'ont jamais été signalées dans le pityriasis rubra pilaire.

Devons-nous admettre une coïncidence des deux maladies, une hybride? Mais, nous le répétons, cette observation n'est pas unique, c'est le troisième fait de cette nature que nous publions : il n'y a donc pas là un simple concours fortuit.

Faut-il nous ranger à la doctrine Viennoise qui fait des deux maladies deux variétés d'une même espèce morbide? Nous ne le pensons pas : le tableau clinique ne ressemble que très imparfaitement à celui qu'a tracé M. Besnier; les cônes pilaires sont moins développés, ils reposent sur une base infiltrée et indurée; nous sommes donc conduits à considérer ces altérations péripilaires comme une localisation du lichen de Wilson.

Il résulte de ces faits que le *lichen de Wilson peut se présenter sous la forme de papules acuminées avec collerette desquamative péripilaire et par la production de grains pilaires noirâtres agminés sur les premières phalanges des doigts et des orteils.*

Sur trois cas de poussées tuberculeuses ganglionnaires et cutanées survenues peu de temps après une infection syphilitique.

Par MM. H. Hallopeau et Fouquet.

Notre confrère M. Patoir (de Lille) a publié récemment, dans la *Presse médicale*, un travail d'où il résulte que la syphilis peut favoriser au début de sa période secondaire le développement d'une tuberculose qui se localise avec prédilection dans les ganglions lymphatiques : des faits semblables avaient été déjà publiés autrefois par

Ricord, récemment par nos collègues A. Fournier, Mauriac et Etienne. Les trois malades que nous avons l'honneur de vous présenter, en venant s'ajouter aux précédents, montrent qu'il n'y a pas là des coïncidences fortuites, mais bien une relation de cause à effet; leur histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Obs. I. — Jules R..., 41 ans, garçon de restaurant.

Antécédents héréditaires. — Les parents étaient de bonne santé. Il a perdu un frère en bas âge.

Antécédents personnels. — Lui-même a eu une fièvre typhoïde à 8 ans. Il a eu plus tard une ophtalmie pour laquelle on lui fit porter des vésicatoires au bras.

Actuellement, sa cornée droite est le siège d'opacités; il voit trouble de ce côté. Il a été réformé pour les yeux.

Le 1er juin 1899, il est atteint d'un chancre à la verge, dans le sillon balano-préputial. Il guérit en quinze jours. Il entre alors dans le service de M. Renault, à l'hôpital Ricord, atteint d'une laryngite et de roséole. Il prend des pilules de protoiodure et de l'iodure de potassium jusqu'à 6 grammes par jour. Il contracte néanmoins une iritis.

En sortant de l'hôpital Ricord, il a une pneumonie avec pleurésie sèche du côté droit. A la fin de décembre 1900, apparaît une tuméfaction au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Elle ne s'accompagne pas de douleurs.

A l'Hôtel-Dieu, à la consultation, on fait le diagnostic d'abcès froid.

Il entre le 6 janvier au n° 80 de la salle Hardy. Le surlendemain, la gomme sterno-claviculaire s'ouvre spontanément.

Il est soumis à une médication par l'iodure de potassium ; son état ne s'améliore pas.

Actuellement, après deux mois du traitement, on voit, au niveau des articulations sterno-costo-claviculaires droites, une ulcération allongée, mesurant 1 centimètre de large sur 3 centimètres de long. Au-dessus d'elle, à 3 centimètres environ, il existe une deuxième ulcération de l'étendue d'une tête d'épingle. Un stylet permet de voir que les deux pertes de substance se rejoignent, grâce à un décollement assez étendu de la peau. Mais le stylet n'arrive pas sur un point osseux dénudé.

Ces deux ulcérations sont entourées d'un tissu dur, cicatriciel, d'un rouge foncé tirant sur le violet.

Il s'en écoule un séro-pus louche, mal lié.

La palpation de l'articulation sterno-claviculaire dénote que l'extrémité interne de la clavicule est manifestement augmentée de volume. La peau est adhérente aux parties profondes.

L'examen de l'appareil respiratoire permet de constater, à droite, de la submatité dans la fosse sous-épineuse avec affaiblissement du murmure vésiculaire ; en avant, de la submatité sous la clavicule.

Il n'y a pas de signes d'autres altérations viscérales.

Obs. II. — Albert A..., âgé de 21 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Lui-même, quoique d'apparence peu

robuste, n'a jamais eu de maladie grave. A l'âge de 15 ans, il fut opéré, dans son pays, d'un abcès froid costal; on fit un grattage de la côte et il guérit en trois semaines.

A 18 ans, il alla à l'Hôtel-Dieu où de nouveau il fut opéré d'un abcès froid costal; grattage suivi de guérison.

Au mois de juin 1900, il a un chancre induré de la verge, avec adénite. Il est mis de suite au traitement spécifique. Son chancre guérit vite; il se produit une roséole; le malade perd un peu ses cheveux.

Au mois de septembre, apparaît une adénite du ganglion sous-maxillaire du côté gauche. Cette adénite suppurée est ouverte à Lariboisière. L'incision n'est pas encore cicatrisée. On voit, au niveau d'une cicatrice violette, des orifices fistuleux par où s'écoule du séro-pus mal lié.

Un mois après, en octobre, deux nouvelles adénites apparaissent; elles suppurent avec ouverture spontanée.

Au mois d'octobre, apparaît aussi une tuméfaction au niveau de la face antéro-externe de la jambe gauche, au quart supérieur.

Le pus s'y collecte, on fait une incision au bistouri. La cicatrisation ne s'est pas faite.

Actuellement, il persiste un orifice fistuleux, mesurant 2 millimètres de diamètre environ. Il occupe à peu près le centre d'une tache rouge de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Tout autour de cette tache violette, existe une pigmentation brune. L'orifice fistuleux laisse s'écouler du pus mal lié, jaunâtre. Un stylet permet, en haut et en bas, de reconnaître l'existence de 2 trajets. On n'arrive pas sur un point osseux dénudé.

Au mois de décembre, A... entre à Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, pour une éruption syphilitique dont il porte encore les vestiges sous forme de taches pigmentées brunâtres.

Pendant qu'il était en traitement chez M. le professeur Fournier, une nouvelle adénite suppurée se forma au cou, du côté droit. Elle fut ouverte au bistouri dans le service. M. Fournier fit déjà remarquer à ce moment la coexistence des deux affections, syphilis et tuberculose.

Depuis qu'A... a quitté l'hôpital, il n'a pas cessé son traitement. Aucune de ses adénites cervicales ne s'est cicatrisée complètement; de même la gomme de la jambe suppure encore.

Il entre au n° 72 de la salle Vidal, le 24 janvier, pour sa gomme de jambe. Nous assistons bientôt à l'apparition de nouveaux accidents.

C'est d'abord du côté de la paupière supérieure de l'œil droit. Vers le milieu du mois de mars, apparaît un gonflement de cette paupière; la portion du front qui est au-dessus des sourcils est elle-même soulevée, de telle sorte qu'une tuméfaction considérable occupe le front et la paupière supérieure.

La peau, au niveau du front, conserve sa coloration blanchâtre; celle de la paupière, soulevée par un œdème très marqué, est rouge et retombe en une sorte de sac sur l'œil. L'ouverture des paupières de ce côté est devenue impossible.

La palpation n'est pas douloureuse. Au début, la tuméfaction était rénitente; peu à peu, la fluctuation est apparue. Elle est actuellement manifeste, et l'on peut sentir le déplacement du liquide par la pression de deux doigts,

l'un au niveau du front, l'autre au niveau de la paupière supérieure. Si l'on vient à palper attentivement les limites de la tuméfaction, on y sent profondément un bourrelet osseux.

L'œil, ainsi recouvert par la paupière supérieure œdématiée, ne présente rien de particulier ; il n'y a pas de paralysie.

Le malade accuse des maux de tête assez violents qui ne sont pas localisés à la région malade. Ils surviennent surtout le soir et gênent quelquefois le sommeil.

Plus récemment encore, le malade s'est plaint d'une gêne dans les mouvements du coude du côté gauche. En effet, les mouvements de flexion et d'extension complètes y sont impossibles. Cette articulation est légèrement augmentée de volume. Elle est même déformée. Ceci se voit bien à la face postérieure où les dépressions qui répondent normalement aux gouttières olécrâno-épicondyliennes et olécrâno-épitrochléennes, sont effacées.

La palpation attentive de ces régions montre qu'il y a du liquide dans l'articulation, et que c'est cette hydarthrose du coude qui est la cause de l'impotence fonctionnelle.

Au point de vue de son état général, le malade est peu robuste ; il a maigri, à ce qu'il dit, depuis quelques mois ; il mange peu, n'a pas d'appétit ; il transpire fréquemment la nuit.

L'examen des poumons montre que, en arrière, il n'y a pas de modifications par la percussion et l'auscultation. En avant, à la percussion, on note une légère submatité au sommet droit ; à l'auscultation, la respiration est légèrement soufflante, l'expiration est saccadée. Le malade ne crache pas ou peu. Il n'a jamais eu d'hémoptysies.

Afin de savoir si la tuméfaction frontale est d'origine syphilitique ou d'origine tuberculeuse, nous avons, à l'aide d'une seringue stérilisée, prélevé une certaine quantité du pus qu'elle contenait et inoculé un cobaye, le 9 avril 1901.

Obs. III. — Jean-Henri M..., âgé de 27 ans, nourrisseur, entré le 10 mars 1901, salle Bazin, lit n° 50, n'a jamais été malade pendant son enfance. Ses parents étaient de bonne santé. Il a fait 6 ans de service militaire dont 5 ans à Madagascar. Il s'est constamment bien porté pendant son séjour aux colonies.

Il y a un an, au mois de décembre 1899, il a eu un chancre à la verge.

A la suite, survint une éruption généralisée, accompagnée de plaques muqueuses buccales. Il n'a commencé le traitement spécifique que 3 mois après le chancre.

Un mois auparavant, en même temps que l'éruption, étaient apparues 9 adénites cervicales et rétro-maxillaires suppuratives qui furent ouvertes au bistouri ; quinze jours après, il s'est produit de nouvelles collections sous forme d'abcès froids thoraciques, d'abord en avant à droite, puis à gauche d'origine costale tous les deux.

Ce malade est entré une première fois dans le service vers le 15 novembre 1900 ; il accusait des douleurs violentes, véritables coliques, localisées à la fosse iliaque droite. Il avait beaucoup de diarrhée, et avait eu, à plusieurs

reprises, du sang dans ses selles. Dans l'hypothèse possible d'une appendicite, le malade passe en chirurgie. On l'opère, on recherche l'appendice qu'on trouve sain, mais on reconnaît l'existence d'un semis de granulations tuberculeuses au niveau du péritoine péricæcal. On referme l'incision. Le malade revient dans notre salle, trois mois après. Il souffrait beaucoup moins de sa fosse iliaque; pourtant, il s'en plaignait encore. Actuellement, les douleurs y sont revenues.

Il n'a plus de diarrhée.

La palpation de la fosse iliaque droite permet d'y constater l'existence d'une masse dure et lobulée. Le ventre est légèrement ballonné.

Aujourd'hui, les adénites cervicales forment, par leurs cicatrices saillantes, un véritable collier qui s'étend d'une apophyse mastoïde à l'autre en passant sous le menton; ce sont des bourrelets chéloïdiens, excoriés, ou couverts de croûtes brunâtres et encore infiltrés en partie d'exsudats suppurés.

Les altérations sous-claviculaires ne paraissent pas provenir de ganglions; elles sont en partie cicatrisées, en partie ulcérées, couvertes d'une croûte noirâtre.

Au-devant de l'aisselle gauche, on voit des altérations semblables mesurant 5 centimètres verticalement, 2 centimètres transversalement. Ici encore, on note les mêmes caractères de chéloïdes infiltrées de pus avec ulcérations à contours serpigineux, à bords décollés, à base indurée.

Le malade tousse un peu. Son expectoration n'a jamais rien eu de particulier. Il n'a jamais craché le sang.

A l'examen de la poitrine, on note que la tonalité est plus élevée, et la sonorité moins intense sous la clavicule droite. On constate aussi de la submatité dans la fosse sus-épineuse gauche. Le murmure vésiculaire est très affaibli dans cette région. Il est au contraire rude au sommet droit.

Les ganglions des aisselles et du cou sont notablement tuméfiés.

Toutes ces suppurations ganglionnaires et osseuses ne datent que de la syphilis.

On a vu dans ces trois observations des manifestations cutanées ou ganglionnaires se manifester avec une intensité exceptionnelle peu de temps après l'invasion d'une syphilis. C'est ce que Ricord appelait familièrement le *scrofulate de vérole.*

Chez l'un de ces malades, les signes de tuberculose ne se sont manifestés qu'après le début de la vérole. Un autre n'avait eu d'autre stigmate antérieur qu'une kératite remontant à l'enfance.

La date de l'apparition des tuberculoses cutanées ou ganglionnaires a été, dans un cas, de deux mois après celle du chancre, dans un autre de trois mois, dans le troisième de six mois; encore, dans ce dernier était-il survenu, peu de temps après le chancre, une pleuropneumonie manifestement suspecte au point de vue bacillaire.

Chez les trois malades, les altérations sont surtout ganglionnaires et cutanées; les signes de tuberculose pulmonaire sont très peu accentués. Chez un des malades, il s'est produit concurremment

une tuberculose des ganglions de la fosse iliaque droite et de la granulose péritonéale.

Chez deux des sujets, les manifestations ganglionnaires ont présenté une intensité exceptionnelle. Nous insisterons tout particulièrement sur le collier de ganglions chéloïdiens et suppurés formant une série non interrompue d'une oreille à l'autre.

Nous mentionnerons également, comme fait intéressant, la vaste collection sous-périostée qui forme une saillie énorme au-dessus de l'œil droit d'un de ces malades et détermine un œdème de la paupière sous-jacente ; c'est là une localisation des plus rares sous cette forme. Nous n'en connaissons pas d'autre exemple.

Nous nous sommes demandé si nous avions affaire à des altérations mixtes ? Le défaut d'action du traitement spécifique nous conduit à conclure par la négative.

La localisation des adénopathies au pourtour du cou conduit à penser que des microbes provenant de la cavité buccale ont contribué, sans doute en s'associant au bacille de Koch, à produire les suppurations ; c'est vraisemblablement aussi à l'intervention de microbes pyogènes associés qu'il faut attribuer la suppuration du foyer sous-periosté, mais on ne saurait l'affirmer, car l'un de nous a démontré, avec M. Wickham, que le bacille de Koch peut être par lui-même pyogène. Nous essaierons, par l'étude bactériologique de ce malade, d'élucider cette question.

Si nous cherchons à résumer les enseignements qui ressortent de ces trois faits, nous arrivons à formuler les propositions suivantes :

1° La syphilis, dans ses phases initiale et secondaire, peut donner un coup de fouet à une tuberculose latente ou favoriser le développement de cette maladie ;

2° Les manifestations de cette tuberculose peuvent se localiser avec prédilection dans les ganglions, le tissu cellulaire sous-dermique ou la peau ;

3° Cette tuberculose ganglionnaire peut marcher de pair avec la roséole ;

4° La tuberculose post-syphilitique peut être également sous-périostée et donner lieu à la production de volumineuses collections purulentes ;

5° Il ne s'agit pas là de véritables hybrides ; la syphilis ne paraît avoir d'autre action que de créer ou d'augmenter une prédisposition du sujet à la tuberculose, en d'autres termes, de faire de cet organisme, et plus particulièrement de ses ganglions, un milieu favorable au développement du bacille de Koch.

Appareil photothérapique Lortet et Genoud, sans condensateur. Simplification de la méthode Finsen.

Par M. Gastou.

Les effets curatifs incontestables obtenus par M. le Pr Finsen, dans le traitement du lupus par la lumière, ont attiré, depuis plusieurs années, l'attention de M. le Pr Lortet, Doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et de M. le Dr Genoud, chef des travaux de cette Faculté.

Après être allés à Copenhague étudier sur place la méthode Finsen et munis des instruments qu'elle nécessite, MM. Lortet et Genoud l'ont appliquée d'abord telle qu'elle est pratiquée à Copenhague, puis, par une série de recherches et d'expériences, sont arrivés à la rendre d'un maniement pratique, simple et à la portée de tous, en créant l'appareil sans condensateur dont je présente le premier modèle définitif à la Société (1).

L'étude des rayons caloriques et chimiques du spectre a été faite en France depuis longtemps. Charcot, en 1859, avait démontré que ce sont les rayons chimiques qui causent les dermatites de l'érythème solaire observé pendant le séjour sur les glaciers et signalé l'analogie existant entre cette dermatite et celle causée par une forte lumière électrique.

En 1862, M. le professeur Bouchard, au sujet d'expériences sur l'intensité propre à chaque rayon du spectre solaire, au point de vue de l'action irritante qu'il peut exercer sur la peau, disait : « Dans une première série d'expériences, les divers rayons colorés de la lumière solaire condensés à l'aide d'une lentille et appliqués sur la peau pendant le même temps ont produit un effet physiologique de rubéfaction et d'inflammation d'autant plus fortes qu'on se rapprochait des rayons violets, d'autant plus faibles qu'on se rapprochait des rayons rouges. Dans une deuxième série d'expériences, les divers rayons essayés successivement de la même façon, on s'est efforcé d'obtenir avec chacun d'eux un même effet physiologique. Le temps exigé pour obtenir ce résultat a été graduellement croissant à mesure qu'on s'éloignait des rayons violets pour se rapprocher des rayons rouges. J'ai trouvé dans ces expériences la confirmation de

(1) Lortet et Genoud. *La lumière agent thérapeutique. Méthode du professeur Finsen, de Copenhague.* Lyon, 1900.

Appareil très simple pour l'application de la méthode photothérapique de Finsen. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 4 février 1901, t. CXXXII, p. 246.

Appareil photothérapique sans condensateur. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 4 mars 1901, t. CXXXII, p. 528.

Appareil photothérapique sans condensateur, pour l'application de la méthode de Finsen. *Lyon médical*, 17 mars 1901.

cette opinion émise par Charcot que l'érythème solaire serait dû plutôt aux rayons chimiques qu'aux rayons caloriques » (1).

En s'exprimant ainsi, M. le professeur Bouchard annonçait, il y a près de 40 ans, le principe de la méthode qui devait être plus tard la photothérapie. M. Duclaux en 1885, puis MM. d'Arsonval et Charrin étudièrent l'action bactéricide de la lumière. Je n'indique ici que les grandes étapes de la question et seulement en ce qui concerne la France. Il s'en faut que soient mentionnés tous les expérimentateurs qui, ayant étudié l'action de la lumière, ont contribué à en faire une méthode thérapeutique ; dans leurs mémoires successifs, MM. Lortet et Genoud ont rappelé leurs noms.

Le véritable fondateur de la méthode photothérapique est le professeur Finsen (2), qui en a le premier nettement indiqué l'action, les procédés, et l'a mise en pratique.

C'est lui qui a démontré qu'il existait dans l'application thérapeutique de la lumière une action négative due à sa suppression et une action positive due au contraire à son utilisation soit comme agent naturel (lumière solaire), soit comme agent artificiel (arc électrique). De l'une il a fait un des modes de traitement de la variole, de l'autre il a tiré la cure photothérapique du lupus.

La méthode photothérapique de Finsen repose sur trois éléments essentiels :

1° L'existence d'un foyer lumineux de grande intensité chimique : lumière solaire ou artificielle donnée par un foyer électrique de forte intensité ;

2° La concentration des rayons obtenue en un point limité par l'intermédiaire de lentilles en verre pour le soleil, en cristal de roche pour l'arc électrique ;

3° Enfin une condition essentielle sans laquelle la méthode n'aurait donné aucun résultat : la nécessité de comprimer les tissus pour en chasser le sang (qui empêche le passage des rayons chimiques), et permettre ainsi l'action de la lumière à une grande profondeur. D'où l'adjonction à l'appareil propre à condenser les rayons d'un compresseur qui, appliqué et maintenu fortement sur les parties à traiter, puisse chasser le sang des tissus et permettre aux rayons chimiques de les pénétrer.

Pour éviter, en outre, l'action calorifique résultant d'une intensité lumineuse un peu forte, un système de circulation d'eau froide empêche l'échauffement des différentes parties et surtout du compresseur.

(1) Ch. Bouchard. Recherches nouvelles sur la pellagre. Exposé des travaux scientifiques. *Académie des sciences*, 1886.

(2) Professeur Finsen. Les rayons chimiques et la variole. *Semaine médicale*, 1894. Traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés *Semaine médicale*, 1897.

Dans son ensemble, l'appareil du professeur Finsen, composé de 4 lunettes formant les accumulateurs et collecteurs de lumière, est d'une installation difficile et coûteuse, nécessitant un local spécial et une force de courant électrique telle que ces conditions devenaient un obstacle à la vulgarisation d'une méthode dont cependant les résultats curatifs sont, dans presque tous les cas, complets et définitifs.

C'est pour réaliser les conditions pratiques de l'emploi de la méthode Finsen, que MM. Lortet et Genoud ont cherché : d'une part à rendre l'instrumentation moins volumineuse et moins coûteuse ; d'autre part, et c'était là le point essentiel, à en faire une méthode en quelque sorte individuelle, à la portée de tous les médecins et non pas seulement des instituts.

Pour arriver à ces résultats, leur attention s'est portée : 1° sur la condensation de la lumière, en essayant de supprimer le condensateur et les milieux aqueux multiples que traversent les rayons chimiques absorbés en partie dans leur trajet par ces milieux.

2° Sur l'intensité lumineuse, qu'ils ont cherché à rendre plus maniable, en supprimant la nécessité d'un courant d'intensité trop considérable pour être à la portée de tous.

Ils ont réalisé cette seconde partie de la question en rapprochant le foyer lumineux qui, au lieu de se trouver à une distance de près de deux mètres de la partie à traiter, est amené à une distance de 2 à 3 centimètres.

Grâce à ces modifications : suppression des pertes en rayons chimiques par l'absence de condensateur et rapprochement de l'arc électrique, MM. Lortet et Genoud ont pu également augmenter considérablement l'étendue de la zone photochimique d'action curative et la rendre cinq à six fois plus étendue.

Tels sont les principes et les bases du nouvel appareil photothérapique sans condensateur de MM. Lortet et Genoud.

Pour arriver à sa constitution définitive, les auteurs se sont d'abord servis du ballon condensateur du cinématographe Lumière, qui permettait déjà de rapprocher le foyer lumineux tout en diminuant son intensité et d'en mieux concentrer les rayons actifs, ce qui en rendait l'action plus efficace. Puis, d'une série de modifications qui ont permis de supprimer le condensateur et de rapprocher encore le foyer lumineux est né l'appareil actuel, dont voici le premier type définitif qui ait été établi.

Cet appareil se compose :

1° D'une source lumineuse : lampe à arc de 10 à 12 ampères qui, par un dispositif à chariot et à combinaisons multiples, très maniables, permet de rapprocher en bloc les charbons, d'en régler l'écartement latéral d'avant en arrière, ou d'en modifier la situation isolément, ce qui assure une régulation parfaite;

2° D'une cuvette à double circulation d'eau interposée entre le foyer lumineux et la partie à traiter ;

3° D'un compresseur, directement en contact avec la cuvette et formé d'un système de 2 lentilles en cristal de roche, laissant entre elles une cavité dans laquelle se fait une circulation d'eau ;

4° D'un support à articulations en genou à combinaisons spéciales permettant les mouvements dans tous les sens ;

5° D'accessoires servant à assurer la régularité et l'intensité du courant et à le supprimer brusquement en cas d'incidents ; résistance, interrupteurs, etc., etc.

Tel qu'il est, l'appareil est des plus simples. Pour faciliter l'emploi de la méthode, une série de compresseurs de formes diverses permet d'agir suivant les indications par des surfaces lenticulaires plus ou moins étendues ou convexes.

En se servant de feuilles d'étain, ainsi que le font MM. Lortet et Genoud, on peut localiser à volonté l'action de la lumière sur une partie déterminée en ayant soin de percer ou de couper dans l'étain une surface correspondante au point à traiter et d'appliquer la feuille d'étain sur le compresseur, la simple interposition de cette feuille assurant le refroidissement des parties voisines et empêchant l'action de la lumière.

L'intérêt essentiellement pratique de cet appareil, comparé à celui de Finsen, est considérable et réalise les avantages suivants :

1° Il nécessite seulement 10 à 12 ampères pour la production de la source lumineuse, au lieu de 60 à 80 ampères nécessaires pour le Finsen.

2° Il permet de diminuer la longueur des séances et de les réduire à un quart d'heure au lieu d'une heure.

3° De ce fait 4 malades peuvent être traités en une heure avec un seul appareil au lieu d'exiger 4 lunettes.

4° La dépense électrique est des plus minimes et réduite à plus du cinquième ou sixième de la dépense du Finsen.

5° Le personnel nécessaire à l'application de la méthode est réduit de 4 infirmiers ou assistants à une seule personne.

6° La surface traitée est beaucoup plus étendue à chaque fois qu'avec l'appareil Finsen, ce qui diminue le nombre des séances nécessaires pour la cure complète.

En résumé, comme j'ai essayé de le démontrer, l'appareil de MM. Lortet et Genoud réalise ce que l'on pouvait demander de mieux, c'est-à-dire la possibilité pour le médecin d'avoir une installation photothérapique chez lui en se servant simplement du courant électrique de la ville, à condition que celui-ci soit continu.

J'ai tenu à montrer cet appareil dont MM. Lortet et Genoud nous

ont permis, grâce à leur obligeance, de faire bénéficier le plus tôt possible les malades de l'hôpital Saint-Louis.

M. Leredde. — J'ai déjà pu acquérir une expérience réelle du traitement photothérapique, puisque je l'ai pratiqué depuis plus de six mois sur un grand nombre de malades, et je tiens à dire combien est précieuse la modification apportée par MM. Lortet et Genoud ; elle réalise une véritable révolution dans le traitement des affections cutanées par les rayons chimiques, et les savants lyonnais ont rendu, je crois, à la photothérapie et à son inventeur un service inappréciable.

Les membres de la Société qui ont assisté au Congrès de dermatologie de 1900, se rappellent quelle importance a eu la communication de M. Forchhammer, amenant de Copenhague 20 malades guéris et apportant les résultats de la statistique du professeur Finsen, qui avait soigné au milieu de l'année dernière plus de 600 lupiques.

La discussion qui a suivi a malheureusement été courte et incomplète. MM. Besnier et Brocq ont dû faire remarquer, avec la plus grande raison, que le lupus tuberculeux n'est pas une maladie incurable, et que diverses méthodes de scarification, la galvano-cautérisation en particulier, permettent de guérir un certain nombre de malades. D'autre part, la méthode de Finsen offre deux inconvénients graves : le prix du traitement, dû à la complication des appareils et aux dépenses considérables d'électricité, et sa durée.

Tel est, cependant, le nombre des lupiques traités régulièrement par les procédés classiques *sans aucun résultat définitif* qu'il faut, il me semble, approuver l'opinion du professeur Petersen et considérer la méthode de Finsen comme une méthode merveilleuse, puisqu'elle permet de guérir, et en grand nombre, des cas rebelles à toute autre. Comme je l'ai écrit déjà, M. Finsen n'a malheureusement pas publié en détail l'observation de ses malades ni indiqué quels traitements ils avaient suivi avant la photothérapie. Il aurait pu, comme je l'ai fait moi-même à l'occasion du lupus érythémateux, et dans des cas bien plus nombreux, publier l'histoire lamentable de malades ayant épuisé tous les procédés sans avoir réussi à empêcher la progression du mal.

Aujourd'hui, MM. Lortet et Genoud nous donnent un appareil peu dispendieux, dépensant une quantité d'électricité bien inférieure à celle de l'appareil de Finsen, et permettant d'obtenir en dix minutes des résultats égaux à ceux qu'on obtient avec l'ancien appareil en une heure. *Les objections faites à la photothérapie tombent immédiatement.*

J'ai vu, à Lyon, fonctionner l'appareil de MM. Lortet et Genoud ; j'ai même subi une application de *dix minutes* de l'appareil et voici le résumé de mon observation personnelle :

Le jour de l'application, il n'y eut aucune réaction de la peau. Le lendemain, sans aucune douleur, la rougeur apparut. Il ne se forma pas de phlyctène, peut-être parce que la compression de la peau avait été extrêmement forte. La rougeur atteignit son maximum au bout de quatre ou cinq jours, puis diminua très lentement, accompagnée d'une légère hyperkératose. Aujourd'hui, *dix-sept jours après l'expérience*, il persiste de la

rougeur, la surface présente, sur certains points, un aspect atrophique, brillant, peut-être se formera-t-il une cicatrice superficielle. En somme, malgré l'absence de phlyctène, il y a eu un effet inflammatoire considérable.

Je pense que l'appareil de MM. Lortet et Genoud va remplacer complètement l'appareil de Finsen et vais pouvoir l'employer de suite. Sans doute, la photothérapie restera comme avant une méthode délicate qui exigera une surveillance minutieuse et la compétence spéciale du médecin qui l'emploiera, mais elle sera bien plus qu'elle ne l'était jusqu'ici accessible aux dermatologistes et utilisable pour tous les malades.

Sur une troisième observation de lupus érythémateux avec cellules géantes.

Par M. CH. AUDRY.

C'est une opinion classique qu'il n'y a pas de cellules géantes dans le lupus érythémateux. En réalité, on n'en trouve pas parce qu'on étudie surtout des fragments provenant de biopsies, c'est-à-dire trop petits et trop peu nombreux. J'ai eu déjà, pour ma part, deux fois l'occasion de présenter à la Société des observations de lupus érythémateux avec cellules géantes.

Dans la première (4 août 1894), il s'agissait d'une autopsie : sur quatre lésions, les cellules géantes faisaient défaut complètement dans une, et étaient très rares dans une autre.

Dans la seconde, les pièces provenaient d'extirpation chirurgicale large (26 avril 1897). Un seul des deux fragments me présenta trois cellules géantes.

Voici maintenant une troisième observation comparable aux précédentes, mais encore plus instructive :

Il s'agit d'un lupus érythémateux occupant tout le bout du nez d'une femme de 45 ans ; lésion absolument typique au point de vue clinique : rougeur et infiltration discoïde, aspect presque crétacé, etc. ; en un mot, un parfait exemple du lupus érythémateux de cette région. La lésion ne fut en rien modifiée par les scarifications et le galvano-cautère. Le savon noir procura une amélioration insuffisante. Le traitement antisyphilitique resta sans action. Je me décidai à enlever largement toute la lésion en décortiquant le bout du nez, et en faisant des greffes d'Ollier-Thiersch.

La malade guérit très rapidement ; mais je sais qu'elle a eu une récidive deux mois plus tard.

Tous les fragments enlevés furent fixés, partie par l'alcool, partie par le Flemming. Il y avait 11 blocs inclus ; je commençai par en examiner 5 sans trouver la plus petite cellule géante, mais seulement les lésions classiques, habituellement décrites. Comme on se lasse de tout, même de faire des coupes de lupus érythémateux, je mis dans un flacon les blocs qui me restaient.

Il y a peu de jours, pour occuper mon préparateur, je lui donnai

quelques-uns de ces blocs à couper. Le premier, fixé à l'alcool, n'avait rien de bien particulier. Le second, fixé au Flemming, me parut intéressant, précisément parce que la fixation était excellente.

J'en fis quelques coupes, et j'en collai une seule série de 8 coupes, colorées par la safranine et le wasserblau.

Or, en les examinant, je n'ai pas été peu surpris de trouver sur la première de la série *une* cellule géante type composée de deux blocs séparés par une sorte de fente claire due probablement à sa forme irrégulière. Un des segments était entouré de 7 ou 8 noyaux rangés en demi-cercle, généralement bien colorés par la safranine; l'autre segment en présentait à la périphérie 6 ou 7, moins colorés.

Cette cellule géante était située dans le derme sous-épithélial, à peu de distance de la couche génératrice de l'ectoderme; elle était, à ce niveau, dans le tissu conjonctif même, comme nue, c'est-à-dire indépendante de tout infiltrat, de tout nodule. J'en trouvai deux autres semblables sur des coupes du même morceau.

A un étage un peu plus profond, parfois au même niveau, s'étendait une vaste nappe d'inflammation compacte, bien limitée, sans trace de nodules ni de dégénérescence, telle enfin qu'on la rencontre ordinairement sur les pièces de ce genre; il n'y avait pas traces de cellules géantes, ni rien qui permît d'y penser.

J'ai refait alors des coupes des trois autres fragments inclus, et je n'ai point trouvé d'autres formations semblables.

En résumé, sur des centaines de coupes faites sur dix fragments d'un lupus érythémateux un peu moins grand qu'une pièce de 5 francs en argent, j'ai trouvé par hasard trois cellules géantes.

Je ne prétends point en conclure formellement à la nature immédiatement tuberculeuse de la lésion, bien que, d'ailleurs, j'y croie fermement. Mais *je puis dire qu'ayant examiné trois fois, comme il convient, le lupus érythémateux, trois fois j'y trouvai des cellules géantes. Elles y sont souvent extrêmement rares; mais elles y sont toujours.*

Épithéliomatose juvénile disséminée des organes génitaux externes.

Par M. CH. AUDRY.

Voici une observation tout à fait singulière; elle est rédigée en grande partie sur les notes du médecin qui en est le sujet et la victime; j'ai vu le pauvre garçon en même temps que mon collègue et ami le professeur Maurice Jeannel, qui l'a opéré, m'a remis les pièces anatomiques et m'a tenu au courant de la marche et de la terminaison de la maladie. Il est possible qu'il existe des faits semblables ou comparables, mais je n'en ai point trouvé au cours des quelques recherches, rapides d'ailleurs, que j'ai faites à ce propos.

Le malade était porteur d'un phimosis congénital, très serré, n'ayant jamais permis la sortie du gland. Cependant, le méat urinaire se découvrait, et l'urine ne séjournait pas sous le prépuce.

A 14 ans, première poussée de balanite caractérisée par de la cuisson, des démangeaisons et un écoulement.

A 15 ans, le malade, qui apprenait à monter à cheval, eut des érosions des fesses; il n'y donna aucun soin, et vit survenir une tuméfaction douloureuse des ganglions de la partie interne du pli inguinal droit. Repos au lit pendant un mois; pas de suppuration. Mais depuis ce temps les ganglions sont restés volumineux et sensibles. Il existait d'ailleurs, à ce même moment, des phénomènes de balanite traités par des injections sous-préputiales. Il est impossible de savoir si l'adénopathie était secondaire à la balanite ou aux érosions des fesses.

A 18 ans, balanite silencieuse; fonctions génitales normales.

A 21 ans, blennorrhagie, d'ailleurs simple et mal soignée. Balanite encore, et pus.

L'année suivante le malade, étudiant en médecine depuis plusieurs années, trouva son prépuce très épaissi à gauche, épaississement qui s'accrut progressivement.

A 25 ans, il perçoit nettement l'existence d'une masse sous-préputiale. Il y avait alors des signes de balanite indolente et continue.

A 30 ans, tous ces accidents persistent; les masses sous-préputiales se sont lentement augmentées de volume; balanite; écoulement uréthral,

En avril 1895, cette même année, le malade se fait lui-même, sous la cocaïne, la circoncision. La partie gauche du prépuce était lardacée et épaissie. Sur la face interne du prépuce même et dans le sillon sulco-coronal, nombreuses petites tumeurs de consistance assez ferme, mais saignant facilement, sessiles, la base des plus larges mesurant 7 ou 8 millimètres de diamètre. Légère infiltration de la moitié droite du prépuce. Adénite inguinale droite.

Cicatrisation très rapide de la partie droite de la plaie opératoire; la moitié gauche mit au moins trois mois à se réparer.

Quatre mois après cette auto-circoncision, suppuration d'un des ganglions inguinaux droits. Incision; un trajet fistuleux persista au moins pendant un an.

Entre temps, le malade s'extirpa lui-même tout le moignon de la moitié gauche du prépuce, suivant le gland d'aussi près que possible. La cicatrisation, cette fois, se fit très rapidement.

Sept ou huit mois plus tard, apparition d'un nouveau papillome occupant à la fois ce qui restait du sillon balano-préputial et le bord du gland. Le malade l'extirpa lui-même, et il n'y a pas eu de récidive depuis ce moment, soit depuis plus d'un an. A cette époque, le malade était âgé de 33 ans. L'aine gauche était saine; mais les masses ganglionnaires inguinales droites augmentaient.

Il y a huit ou neuf mois, apparition de deux papillomes sessiles et fermes de chaque côté du frein. Enfin, il y a six mois, tuméfaction rapide et douloureuse occupant toute la région comprise entre le pubis et l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Puis vaste œdème avec rougeur diffuse

qui envahit toute la région, et gagne le scrotum et la verge; ces derniers doublent de volume. Fièvre, frissons, etc. Après quelques jours, la peau de l'aine malade se crible de petits pertuis par où s'échappe du pus vert. Douleurs très vives.

Le malade se fit opérer par un chirurgien d'ailleurs très distingué, qui extirpa les deux papillomes du frein et, au niveau de la masse inguino-abdominale, fit une longue incision en enlevant une tranche de tissu infiltré en côte de melon. Curettage, etc. La zone excisée mesurait 12 centimètres de longueur sur 5 ou 6 centimètres de largeur. On découvrit des foyers de suppuration à la partie supérieure. Drainage et tamponnement. Suites opératoires simples ; chute de la fièvre, disparition de la douleur : les deux papillomes n'ont pas récidivé ; bien entendu, la plaie inguino-abdominale est restée béante.

Des fragments furent examinés histologiquement par le Dr G... et montrèrent :

« 1° Des masses qui ont la constitution des bourgeons charnus ; 2° des fragments appartenant à des papillomes du type corné avec les oignons (*sic*) caractéristiques ; 3° des fragments de tissu ganglionnaire où l'on retrouve des masses cornées. » Le Dr G... ajoutait très judicieusement qu'il fallait faire des réserves au sujet de l'évolution ultérieure.

Nous ne savons pas comment le malade vint en possession de cette note.

Quoi qu'il en soit, M. Jeannel et moi le vîmes pour la première fois dans l'été de 1899. Le malheureux était terriblement frappé par la connaissance de son diagnostic microscopique. Depuis un mois il souffrait au niveau de la partie interne de l'aine droite; une tuméfaction s'était développée au-dessus du pubis ; il y eut de l'œdème et de la rougeur de la région des bourses et de la verge, puis une évacuation spontanée du pus, et les accidents inflammatoires du voisinage cédèrent aussitôt.

A notre premier examen, nous constatâmes les lésions suivantes :

1° La verge offre un peu d'œdème. Le gland est entouré d'une zone cicatricielle bien épidermisée, un peu dure et infiltrée à gauche.

2° Les bourses, outre une infiltration modérée, présentent au milieu de la face antérieure un seul papillome arrondi, d'un diamètre de 7 millimètres environ, aplati, comme verruqueux, d'un blanc rose, tout à fait comparable à une verrue plane, surélevée, un peu humide. Le malade rapporte à ce propos que lors de la poussée œdémateuse et inflammatoire qui eut lieu huit ou neuf mois auparavant, le tégument scrotal présentait plusieurs petites saillies semblables à celle-ci, et qui toutes disparurent, elle exceptée ; celle-ci avait mis sept ou huit semaines à acquérir le volume actuel qu'elle avait conservé sans modification appréciable.

3° Toute la région inguino-abdominale et la fosse iliaque du côté droit sont occupées par une énorme masse profonde, bosselée, dans laquelle est creusée une longue et large tranchée, un peu au-dessus de l'arcade et parallèlement au pli de l'aine. Cette tranchée, longue de 12 à 15 centimètres, est limitée par un tissu fongueux, dur, d'un rose gris qui se continue insensiblement avec la peau avoisinante. Celle-ci est toute mamelonnée, d'aspect absolument verruqueux, mais non véritablement ulcérée, sauf

sur les bords mêmes de la plaie ; ce tégument est coloré en brun noirâtre. Tout cela est peu douloureux.

La plaie paraît très profonde et laisse échapper du pus en assez grande quantité ; il provient évidemment de masses infectées, situées profondément.

4° Dans l'aine gauche, plusieurs ganglions volumineux et durs.

Avec ces énormes lésions, l'état général reste encore très bon. Pas de cachexie apparente ; le malade va, vient, fait sa clientèle. Aucun signe de généralisation viscérale.

Il était manifeste que la fosse iliaque était remplie d'énormes masses épithéliomateuses et que toute intervention était inutile. Cependant, nous nous résolûmes à un semblant d'opération afin de tâcher de tromper le malade. M. Jeannel excisa le papillome du scrotum, réincisa, curetta et tamponna la plaie abdominale.

Les suites opératoires furent simples. Nous persuadâmes à notre confrère que l'examen histologique avait démontré l'absence de toute généralisation, et pendant quelques mois il eut l'illusion d'une guérison possible.

Cependant les masses s'accrurent, lentement d'ailleurs. Le malade ne put plus se tromper.

Il s'affaiblit très lentement, travaillant encore.

Six mois plus tard, il écrivait stoïquement à M. Jeannel pour lui demander de lui envoyer un successeur.

Enfin il succomba un an après.

Voici l'examen histologique d'un fragment de la peau néoplasique de l'abdomen et du papillome excisé sur le scrotum.

Fixation par l'alcool et le Flemming; inclusion et coloration par le bleu polychrome, la safranine, etc.

Masses et téguments abdominaux. — C'est une vaste nappe d'épithélioma malpighien vulgaire, sans globes cornés. On y retrouve facilement l'apparence et par endroits la filamentation des cellules malpighiennes. Bien entendu, on découvre sans difficultés toutes les modifications cellulaires habituelles dans les lésions de ce genre : les mitoses y sont très nombreuses et très apparentes. Les nappes sont limitées encore, du moins en certains points, par une rangée de cellules cylindriques comparables à la couche génératrice normale de la surface ; on reconnaît un revêtement épidermique continu ; l'épiderme est épaissi et proliféré énergiquement.

Plus près des bords de la tranchée opératoire, la masse néoplasique effleure la surface.

Tout autour de cette masse d'épithélioma, infiltration inflammatoire (plasmatique et lymphocytaire) très active et très épaisse.

En somme, épithélioma vulgaire du type malpighien sans globes cornés, sans tendance à la kératinisation.

Il est certain que cet épithélioma vient de la profondeur et par conséquent des métastases ganglionnaires qui ont finit par inonder la région en bloc.

Tumeur scrotale. — Sur les bords de la pièce, l'épithélium est encore normal ; puis les papilles et les colonnes interpapillaires s'allongent, enfin le revêtement épidermique normal s'interrompt, remplacé par une vaste

infiltration de cellules épithéliomateuses semblables à celles qu'on retrouve dans les masses abdominales.

Seulement, les nappes sont beaucoup moins continues; le néoplasme est morcelé par une violente diapédèse; le tissu est allongé en tubes plutôt qu'étendu en lobule, et la structure malpighienne des éléments est beaucoup moins apparente.

Là encore, l'infiltration inflammatoire péri-néoplasique est extrêmement intense, mais n'offre pas de caractères spéciaux. Il est, par points, facile de se rendre compte de la progression de la tumeur, le long des lymphatiques canaliculés, dans la profondeur de l'hypoderme.

En résumé, épithélioma malpighien vulgaire sans globes cornés, à malignité évidente. En ce qui touche le papillome, la structure initiale a-t-elle été celle que l'on constate ? Très probablement ; et aussi probablement, les papillomes excisés à plusieurs reprises étaient de vrais épithéliomas, bien qu'aucun n'ait récidivé.

Il existe des formes d'épithéliomatose diffuse du tégument du gland, absolument latente sous phimosis. Il m'est arrivé d'opérer un malade de 40 ans, atteint de suppuration de ganglions inguinaux que je croyais secondaire à des chancres du gland. Je fis la circoncision et tombai sur une métaplasie épithéliomateuse in situ du tégument du gland sans saillie ni déformation. Ces ganglions étaient complètement épithéliomateux. Des faits de cet ordre ont déjà été décrits par Hutchinson, mais ils représentent simplement une modalité plus ou moins exceptionnelle, mal connue, mais connue, de l'épithéliomatose du gland, et n'ont rien de commun avec le fait que je viens de relater.

Chez notre malade, quelles furent la structure et la nature des lésions initiales cachées sous le prépuce ? S'agit-il de végétations vulgaires ayant subi, par le fait d'une irritation prolongée, une transformation maligne ? S'agit-il, au contraire, d'une tumeur spéciale, épithélioma verruqueux, malin d'emblée ?

Je crois qu'on peut difficilement accepter la première hypothèse. Il a dû s'agir toujours d'épithélioma ; seulement si, histologiquement, cet épithélioma paraît passablement banal, les allures qu'il a affectées, son apparence objective, etc., sont tout à fait singulières. Cliniquement : papillome ; histologiquement : épithélioma.

La marche en est étrange ; assurément, le début des altérations remonte à un grand nombre d'années avant le dénouement. Il est remarquable qu'un jeune sujet ait présenté une si longue résistance à la cachexie. On sait, en effet, combien sont malins les « cancers » des jeunes.

Dans tous les cas, une pareille observation représente une lésion bien rare et presque inconnue des organes génitaux externes.

Le secrétaire
LEREDDE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

WIENER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT

Séance du 23 mai 1900.

Nævus verrucosus pigmentosus unilateralis.

Kreibich présente une fille de 20 ans chez laquelle existe une traînée brune d'environ 3 centimètres de largeur, étendue de l'ombilic à l'hypochondre gauche, parallèlement à l'arc costal. Cette traînée se compose d'efflorescences verruciformes brun pâle, dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille, recouvertes superficiellement de squames gris-vert sale. De cette traînée en partent deux autres constituées par des efflorescences analogues : l'une, la plus courte, se dirige vers le sacrum ; la plus longue et la plus large passe sur la face postérieure de la cuisse gauche, et pendant ce trajet se termine en un réseau étendu comprenant de nombreuses lignes transversales et obliques. On voit des groupes plus petits, mais moins nombreux, de ces productions verruciformes sur la face externe du tibia gauche et la face dorsale du pied.

Ehrmann fait remarquer que les nævi du tronc présentent souvent dans leur mode de groupement, lorsqu'ils sont très étendus, une ligne brisée comme dans le cas actuel. Blaschko a émis une théorie spéciale à ce sujet. Okamura croit que cette courbe dépend de la croissance des poils et de la disposition de leur tourbillon. Celui-ci, au début, suit une ligne droite; mais lorsque les côtes descendent et se recourbent, les tourbillons de poils sont également déjetés. Relativement à la disposition linéaire, il faut remarquer qu'elle se rapporte aussi bien aux pigmentations qu'aux atrophies pigmentaires.

Kaposi partage l'opinion d'Ehrmann qui explique cette disposition bizarre par une modification dans la croissance des poils.

Séance du 13 juin 1900.

Sclérodermie généralisée.

Weiss présente une fillette de 12 ans, atteinte d'une sclérodermie datant de trois mois et ayant envahi tout le corps. Depuis son entrée à l'hôpital, il y a trois semaines, son état ne s'est presque pas modifié. La face a l'expression raide typique d'un masque de pierre, qui change peu sous l'influence du rire ou des larmes. La peau du cou, de tout le tronc et des membres supérieurs est uniformément infiltrée, de la dureté du bois ; les membres inférieurs sont moins atteints. Il ne reste plus que quelques points de la peau encore souples, notamment au niveau de l'olécrâne et à la main. La moitié antérieure de la langue est épaissie et arrondie.

Le traitement par la thyroïdine a donné un bon résultat en ce sens qu'au bout de quelques jours l'enfant pouvait porter les bras sur sa tête

et que l'écartement des mâchoires est actuellement de 16 millimètres, alors qu'il lui était presque impossible de les écarter. D'autre part, dans ces derniers temps il est survenu des taches érythémateuses qu'on doit regarder comme un érythème prodromique. Sur l'avant-bras gauche on voit des foyers de saillies verruciformes confluentes qui ont été décrites par Kaposi.

Kaposi croit que dans ces cas on peut espérer un retour complet à l'état normal, car l'atrophie manque encore absolument.

Alopécie atrophiante.

Kreibich présente un homme de 30 ans, atteint d'une alopécie bizarre. Sur le cuir chevelu, surtout à l'occiput et vers la limite des cheveux, on voit des plaques en général petites qui ne sont pas arrondies comme dans l'alopécie en aires. On ne voit pas de follicules à la surface de ces plaques qui est tout à fait lisse et présente une légère dépression atrophique. Pas de desquamation. On pourrait penser à un lupus érythémateux ; mais il n'y a pas de foyers sur la face, à l'exception d'une tache rouge légèrement déprimée sur la lèvre supérieure ; dans le voisinage, le cuir chevelu présente de la séborrhée.

Séance du 31 octobre 1900.

Infiltration hérédo-syphilitique diffuse de la peau de la paume des mains et de la plante des pieds, compliquée d'une rhinite hérédo-syphilitique diffuse chez un enfant de trois mois.

Hochsinger rapporte un cas de syphilis héréditaire intéressant en ce qu'il n'existe pas d'efflorescences isolées de la peau, mais des infiltrations en nappe de la paume des mains et de la plante des pieds. H. a décrit cette maladie sous le nom d'infiltration diffuse glabre de la peau de la plante des pieds. Elle cède au traitement mercuriel, sans desquamation, par résorption des infiltrats.

Cet enfant est atteint en outre d'une lésion spécifique du nez qui se traduit par un ronflement spécial, et à l'examen rhinoscopique par une tuméfaction considérable du cornet inférieur qui oblitère complètement l'orifice nasal.

Le virus de la syphilis héréditaire a une grande affinité pour les organes qui se développent pendant la période fœtale. Les grosses glandes (foie et reins), pendant les premiers mois de la vie fœtale, sont pourvues d'un épithélium actif, tandis que l'appareil ganglionnaire ne se développe que vers la fin de la vie intra-utérine. Les enfants syphilitiques mort-nés présentent souvent des affections viscérales graves sans lésions cutanées. Les régions de la peau où les glandes sudoripares se développent de bonne heure et en grande quantité, comme la paume des mains et la plante des pieds, sont aussi le siège le plus précoce et le plus fréquent des affections syphilitiques. Le nez prend vers la fin de la vie intra-utérine un volume et une surface considérables par suite du développement des vaisseaux et des glandes muqueuses. Il faut ajouter encore les irritations mécaniques, thermiques et chimiques que rencontre la muqueuse nasale à partir de la première inspiration.

Pemphigus aigu des nouveau-nés.

Hochsinger présente un enfant de 11 jours portant sur le cuir chevelu, la région sus-auriculaire, le visage et la face externe des membres une éruption bulleuse dont les éléments éruptifs sont déjà en partie ouverts, tandis que sur le thorax, sur la surface de flexion des bras, la peau est rouge foncé et la couche cornée soulevée sous forme de lambeaux. Il s'agit de la forme à pronostic grave de pemphigus aigu des nouveau-nés dans laquelle les bulles se développent sur une surface érythémateuse, tandis que dans le pemphigus idiopathique aigu les lésions se développent sur une base normale et se réparent rapidement. On ne sait pas actuellement s'il y a une différence essentielle entre les deux formes relativement à l'étiologie.

Le pemphigus aigu des nouveau-nés se distingue nettement de la dermatite bulleuse pyémique en ce que dans cette dernière les bulles ont souvent un contenu hémorrhagique ou purulent, une aréole hémorrhagique ou très rouge, et qu'il existe en outre des taches et des papules hémorrhagiques.

Dans le pemphigus syphilitique des nouveau-nés, les bulles sont flasques, se troublent rapidement, siègent sur des papules ou sur une infiltration diffuse et s'observent principalement à la paume des mains et à la plante des pieds. Si dans le pemphigus idiopathique la couche cornée est soulevée dans une grande étendue et si le corps de Malpighi est rouge, humide, avec des lambeaux d'épiderme adhérents, il en résulte une grande analogie avec la dermatite exfoliative des nouveau-nés, quoique dans cette dernière affection il n'y ait jamais ni bulles, ni sécrétion séreuse abondante.

Pemphigus foliacé de la cornée.

Weidenfeld présente une femme de 46 ans, délicate, portant sur tout le corps des lésions de pemphigus foliacé. La cornée gauche est le siège d'une altération tout à fait spéciale ; au centre il existe une ulcération arrondie, très nettement circonscrite, de 4 millimètres de largeur : plus profonde à sa partie centrale qui a une teinte d'un blanc gris, elle s'aplatit et s'éclaircit vers le bord, tandis que sa portion la plus externe forme de nouveau un anneau plus foncé, de sorte qu'on peut distinguer trois cercles de nuances différentes. En examinant la malade on constate une parésie des trois branches du facial, mais qui n'empêche pas l'occlusion de la paupière. Les réflexes de la conjonctive et de la cornée sont un peu diminués ; pas d'autres troubles de la sensibilité. Le développement centrifuge et circulaire de la lésion permet de regarder cet ulcère comme un exemple rare de bulle de pemphigus à marche annulaire occupant la cornée ; en raison de la fragilité de l'épithélium cornéen, les bulles de pemphigus y deviennent encore plus difficilement complètes que sur la conjonctive.

Séance du 14 novembre 1900.

Traitement du sycosis, des teignes et des folliculites par les rayons Röntgen.

Spiegler présente un homme de 48 ans, atteint depuis dix mois d'un sycosis grave et rebelle à tous les traitements. Après trois séances de

quinze minutes chaque, il survint une légère réaction inflammatoire qui céda à des applications de liqueur de Burow; le processus guérit ensuite complètement.

Kienböck présente ensuite un cas d'herpès tonsurant, et deux enfants atteints de favus qui ont guéri sous l'influence de la radiothérapie dans un laps de temps relativement court.

Ehrmann rapporte un cas de folliculite nécrotique de la peau (dermatite papillaire de Kaposi) ; il y avait en même temps sur le menton et la lèvre supérieure, comme à la nuque, des nodosités compactes avec pustules reposant sur une base rouge infiltrée. Peu après une guérison apparente par l'épilation électrolytique, il survint des récidives. Après trois séances de rayons X, les nodosités du visage disparurent. Il y eut une récidive à la lèvre supérieure provoquée, sans doute, par le catarrhe du nez.

Schiff a obtenu, il y a déjà deux ans, la guérison, jusqu'à présent sans récidive, d'un sycosis après un traitement de trois semaines par les rayons Röntgen.

Syphilis héréditaire tardive.

Finger présente une fille de 16 ans, peu développée physiquement et intellectuellement et qui offre les symptômes dystrophiques signalés par les auteurs français : voussure des bosses frontales, cicatrices opaques sur la cornée du côté droit, nez normal et cicatrices radiées aux commissures buccales. Pas de dents d'Hutchinson. Les mains sont moites, cyanosées, avec petites cicatrices consécutives à des engelures exulcérées ; mêmes lésions aux pieds. La mère était, dit-on, saine, mais sur cinq accouchements elle a eu trois avortements.

Cette jeune fille a eu, dans ces derniers temps, une toux d'un caractère spécial, intermittente, revenant toujours l'après-midi, qui cessait brusquement le soir ; elle a cédé complètement à l'iodure de potassium.

Mracek croit qu'il faut une grande prudence dans l'explication étiologique de ces états dystrophiques et, en ce qui concerne les processus angionerveux dont il est ici question, pour lesquels il pourrait montrer des lésions spécifiques sur des préparations anatomiques.

Finger, qui s'exprimait avec beaucoup de scepticisme sur ce sujet au dernier Congrès international, ajoute que ces dystrophies surviennent aussi chez des enfants non syphilitiques et que, même chez des enfants syphilitiques, elles constituent plutôt un symptôme d'anémie qu'une lésion spécifique. Les cicatrices des commissures buccales sont ici des signes certains de syphilis héréditaire.

Neumann remarque que les observations qui ont trait à cette question proviennent en général de médecins non syphiligraphes. Quant à lui, il n'a jamais observé un seul cas de syphilis héréditaire tardive, dans le sens que Fournier donne à cette expression, c'est-à-dire un enfant né de parents syphilitiques, sain à la naissance et ne présentant que plus tard des symptômes de syphilis tertiaire ; même dans les pays où la syphilis est endémique, il ne connaît pas de cas de ce genre. A. Doyon.

VEREIN FÜR INNERE MEDICIN (BERLIN)

Séance du 15 octobre 1900.

Érythème exsudatif polymorphe consécutif à une irritation de nature chimique de l'urèthre.

Heller constate que, malgré toutes les théories émises jusqu'à ce jour, la pathogénie de l'érythème exsudatif polymorphe est encore très obscure. Il a dernièrement observé un cas qui vient à l'appui des recherches expérimentales de Lewin et de Du Mesnil, et confirme la justesse de leurs résultats.

Un homme de 33 ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies avec poussées articulaires, mais qui était complètement guéri, eut l'idée de tremper son pénis dans une solution de créoline à 33 p. 100. A la suite de ce bain local, il survint une tuméfaction du pénis et un écoulement purulent sans gonocoques avec tuméfactions articulaires, et le huitième jour, un érythème exsudatif polymorphe. On ne saurait admettre qu'il se soit agi dans ce cas d'un exanthème créolinique, ni d'une éruption d'origine blennorrhagique. Le développement tardif de cet érythème ne permet pas non plus l'hypothèse d'une action réflexe ; on doit bien plutôt penser à une auto-intoxication provoquée par la résorption du muco-pus uréthral et analogue à l'action toxique du sérum sanguin des animaux sur la peau.

Vormeng pense qu'on n'a pas trouvé jusqu'à présent de théorie satisfaisante. Il paraît exister aussi une disposition spéciale. Souvent on ne peut découvrir aucune cause.

Senator dit que cet érythème apparaît souvent d'une manière épidémique, en relation avec le rhumatisme articulaire. A. Doyon.

BERLINER MEDICINISCHE GESELLSCHAFT

Séance du 31 octobre 1900.

Hypoplasie de la peau et anidrose complète.

Tendlau présente un homme de 47 ans, qui raconte qu'il n'a jamais pu transpirer et que, par suite, il souffre beaucoup de la chaleur en été. En outre, il n'aurait jamais eu que très peu de cheveux et de barbe, encore moins de poils aux parties génitales et dans les creux axillaires. Jamais de dents au maxillaire inférieur ; il y a deux incisives et deux molaires au maxillaire supérieur. La voûte crânienne et le front sont très bombés, la face et le nez paraissent déprimés. Sur l'occiput et aux tempes, quelques cheveux rares et fins; la barbe est un peu plus fournie. Les sourcils et les cils sont très peu développés. La peau est lisse et mince ; sur le cuir chevelu, les orifices glandulaires sont visibles. La peau du tronc et des membres est très mince, sèche, lisse et complètement glabre, à l'exception du pubis et des creux axillaires où il y a quelques follets minces. Les seins et les glandes mammaires manquent complètement. Organes internes sains; organes génitaux normaux; pas de troubles nerveux;

intelligence peu développée. Des tentatives pour faire transpirer le malade ont échoué complètement; même une injection de pilocarpine ne donne pas de résultat. Si le malade se tient au soleil, la température s'élève jusqu'à 40°,8 dans le creux de l'aisselle, avec de violents malaises fébriles. Pas de glandes sébacées sur le cuir chevelu : sur une préparation microscopique de la peau de l'avant-bras, on ne voit ni glandes ni poils.

Senator remarque qu'il résulte des faits exposés que cet homme a un pouvoir régulateur de la chaleur plus faible que celui des sujets à peau normale. De tout temps on a pensé que la suppression de la fonction de la peau provoque un empoisonnement grave, une auto-intoxication. Ces idées, en tant qu'elles se rapportent à la peau humaine, ne sont pas fondées. S. a fait sur toute la peau, à l'exception de la face et du cuir chevelu, des enveloppements absolument imperméables, sans qu'il survînt de suites fâcheuses. Chez ce malade, où les éléments spéciaux de la peau, glandes sébacées et glandes sudoripares manquent, on a la preuve qu'il n'y a pas de symptômes d'empoisonnement ni d'auto-intoxication. S. demande comment se comporte la fonction rénale.

Tændlau répond qu'il y a toujours eu une diurèse un peu abondante, particulièrement lorsque le malade a été soumis à une température élevée. Il a plusieurs fois, dans les heures suivantes, rendu une assez grande quantité d'urine, environ 2 à 3 litres.

Cicatrices congénitales de la peau.

J. Lewin présente un enfant de 3 mois, né quelques semaines avant terme et venu au monde avec des cicatrices. C'est le plus âgé de deux frères jumeaux, le second est venu au monde dans un état complet de macération.

Les cicatrices, qui sont mobiles sur les parties sous-jacentes, sont disposées en séries tout à fait symétriques sur les différentes régions du corps. Il y a des cordons cicatriciels larges, étendus sur les articulations des deux genoux, sur les deux côtés de l'abdomen, et des cicatrices plus petites sur les articulations des coudes, derrière les oreilles, sur l'occiput, la petite fontanelle, le front et la face dorsale du nez.

L. pense qu'il ne s'agit pas d'étranglements amniotiques, mais de processus ulcéreux d'origine syphilitique ayant évolué pendant la vie intra-utérine, parce que les brides amniotiques ne produisent pas des cordons aussi larges ; en outre, le père de l'enfant a avoué avoir eu la syphilis plusieurs années auparavant ; de plus, l'autre jumeau est né macéré et chez l'enfant actuel le foie et la rate sont hypertrophiés. A. Doyon.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS DE COMPAGNIES D'ASSURANCES

Bruxelles, septembre 1899.

De l'admissibilité des syphilitiques aux assurances.

Bayet (Bruxelles), rapporteur, montre combien la question est difficile à résoudre dans l'état actuel de la science. On manque de statistiques portant

sur une longue série de syphilitiques suivis pendant toute leur existence. De plus, la syphilis est une maladie essentiellement protéiforme, dont les manifestations se prolongent pendant un temps extrêmement variable suivant les sujets, de sorte qu'elle ne se prête guère aux conclusions précises que demandent les Compagnies d'assurances.

La syphilis étant extrêmement répandue, il serait contraire aux intérêts des Compagnies de refuser systématiquement d'assurer les syphilitiques, par le seul fait qu'ils sont syphilitiques. D'autre part, les statistiques montrent que 10 p. 100 des syphilitiques présentent des manifestations tertiaires : cette constatation amène à cette conclusion que, lorsqu'un postulant a eu la syphilis, il faut l'examiner avec une excessive prudence et lui demander des garanties de santé plus grandes qu'à tout autre individu.

Les éléments du pronostic de la syphilis ont été empruntés à des ordres divers ; aucun n'a une valeur absolue. Cependant, il est fréquent de voir la syphilis cérébrale succéder à des syphilis bénignes dans leurs premières phases ; l'existence de phénomènes nerveux dans la période secondaire rend le pronostic plus sombre ; de même, le développement de poussées subintrantes, le temps écoulé depuis l'infection et depuis les dernières manifestations sont un élément important d'appréciation, car une syphilis ancienne, et surtout une syphilis ancienne qui a été traitée, est moins grave qu'une syphilis récente.

En se basant sur les données précédentes, on doit refuser l'admission à l'assurance aux syphilitiques présentant des manifestations de syphilis secondaire ou tertiaire en évolution, à ceux dont la syphilis remonte à moins de trois ans. Il est prudent de refuser l'assurance aux syphilitiques qui sont en même temps alcooliques ; à ceux qui sont entachés de paludisme, sauf si le paludisme n'a pas donné une allure spéciale à la syphilis et si le malade s'est bien traité et observe une bonne hygiène ; à ceux qui ont présenté, pendant les premières phases de la maladie, des symptômes du côté du système nerveux. Pour les syphilitiques infectés depuis plus de trois ans, il faut tenir compte de la durée du traitement et de la date de la maladie : s'il s'agit d'un homme, il est prudent de ne l'admettre qu'après dix ans de syphilis ; mais on peut abaisser ce terme en tenant compte de l'âge et de la durée du traitement ; s'il s'agit de sujets n'ayant subi aucun traitement, il ne faut les accepter qu'après quinze ans de syphilis.

L'hérédo-syphilis tue les enfants en bas âge ou laisse des arrêts de développement, un défaut de résistance qui les rendent plus vulnérables : aussi tout enfant entaché de syphilis héréditaire doit être refusé.

G. T.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Complications de voisinage de la blennorrhagie.

Blennorrhagie rectale consécutive à l'incision d'un pseudo-abcès blennorrhagique (Mastdarmblennorrhoe infolge von Incision eines blennorrhoïschen Pseudoabcesses), par J. JADASSOHN. *Festschrift J. Neumann*, Vienne, 1900.

Observation d'un homme atteint de spermatocystite blennorrhagique aiguë qui s'ouvrit d'abord dans l'urèthre, puis il se forma une collection purulente à la face postéro-inférieure de la prostate, après l'incision de laquelle il se développa une blennorrhagie rectale.

Il s'agit ici d'un abcès dont le développement fut relativement lent et dont le pus ne contenait pas de bactéries. De cette cavité purulente, des gonocoques sont certainement arrivés dans le rectum. Il est possible que dans le pus évacué par l'incision, la culture eût pu constater la présence de gonocoques. Mais il est possible aussi qu'ils fissent défaut et ce n'est, sans doute, que plus tard qu'ils ont envahi le rectum en venant de la paroi de cette cavité. Lors même qu'on voudrait mettre en doute la nature blennorrhagique de ce pus, il resterait à décider si, dans ce cas, on a eu affaire à un véritable abcès ou à une collection purulente dans une cavité préformée, ou encore à un pseudo-abcès blennorrhagique. Seul, l'examen histologique peut trancher la question. Mais cliniquement J. a eu l'impression d'un pseudo-abcès pour les raisons suivantes : marche lente, fièvre légère, absence de toute tendance à la diffusion dans le tissu prérectal et nature kystiforme, toutes conditions qui militent en faveur d'un pseudo-abcès. Une suppuration péri-uréthrale vraie dans cette région se serait étendue de l'urèthre au rectum, mais n'aurait pu former une petite nodosité aussi nettement limitée. On sait que Finger a démontré cliniquement et histologiquement l'existence de pseudo-abcès dans le tissu prostatique.

Mais un point plus important est l'ouverture de cette collection purulente qui a occasionné une blennorrhagie rectale. Le rapport étiologique est, selon J., incontestable en raison de la succession des symptômes. Il est bien difficile d'admettre que l'infection ait eu lieu par voie externe, ce qui est extraordinairement rare chez l'homme (abstraction faite des rapports contre nature). Le fait de n'avoir pas trouvé au microscope de gonocoques dans le pus évacué par l'incision ne prouve naturellement pas qu'ils n'existaient pas ou qu'ils ne sont pas venus plus tard de la paroi. Il peut paraître étonnant que la guérison ait été aussi rapide malgré la présence de gonocoques. J. croit que si la paroi d'une cavité de ce genre, qui peut être tout à fait dépouillée de son épithélium, donne naissance à des granulations, elles peuvent accélérer la destruction des gonocoques. D'après J., on n'avait pas encore publié de cas de blennorrhagie rectale à la suite de la rupture ou de l'incision d'un processus blennorrhagique de la prostate ou du tissu environnant. A. DOYON.

De la péri-uréthrite blennorrhagique (Ueber Periurethritis gonorrhoica), par O. Werler. *Festschrift J. Neumann.* Vienne, 1900.

W. rapporte quatre cas de péri-uréthrite; dans deux de ces cas la cause directe de cette affection serait l'emploi d'injections trop fortes, trop concentrées qui provoquaient constamment de vives douleurs et déterminaient une irritation et une aggravation du processus inflammatoire de la muqueuse uréthrale ainsi que sa propagation au tissu péri-uréthral.

Comme traitement W. recommande tout d'abord la cessation des injections, ensuite l'emploi interne de l'huile de salosantal comme désinfectant et sédatif de la muqueuse malade, l'application de glace ou de compresses d'eau froide additionnée de solutions légèrement antiseptiques, ou bien encore des compresses chaudes humides d'itrol (1 pour 8 à 6000) ou de mousseline-emplâtre de mercure colloïdal ; dans les formes graves, le séjour au lit est indispensable.

En cas d'infection W., d'après les excellents résultats qu'il a obtenus de l'emploi de la cure de frictions avec la pommade argentique de Credé, regarde ce mode de traitement comme une indication scientifiquement fondée pour obtenir la désinfection générale de l'organisme. Il est évident qu'il faut en même temps traiter localement le foyer morbide. A. Doyon.

Traitement de la blennorrhagie.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme (The treatment of gonorrhea in the female), par A. Ravogli. *Medical News,* 18 nov. 1899, p. 641.

Dans tous les cas de blennorrhagie chez la femme, R. fait faire par la malade elle-même des injections deux fois par jour avec du sublimé ou du permanganate de potasse à 1 p. 5000. Quand il y a de l'uréthrite, il fait des injections dans l'urèthre avec une sonde à jet rétrograde ou des instillations de protargol à 1 p. 100. Il ne fait pas de lavage de la vessie comme chez l'homme, parce que la résistance du sphincter vésical rend cette opération un peu douloureuse.

Les meilleurs médicaments dans la blennorrhagie de la femme sont l'ichtyol et les sels d'argent. R. traite la vulvite et la vaginite aiguës par des badigeonnages d'un mélange en parties égales d'ichtyol et de glycérine.

Dans la blennorrhagie du col, R. y fait des instillations de protargol à 1 p. 200 ou 300. La malade éprouve seulement une sensation de chaleur dans le bas-ventre et les résultats en sont très satisfaisants. En 10 ou 12 applications il n'y a plus qu'une sécrétion claire ne contenant plus de gonocoques. Avant d'affirmer la guérison, il faut s'assurer de l'absence des gonocoques dans les sécrétions utérines recueillies après les règles. Le curettage de l'utérus n'est recommandable que si la métrite blennorrhagique est tout à fait chronique. Du reste, depuis qu'il fait des instillations de protargol, R. fait beaucoup moins de curettages.

Le principe qui domine le traitement de la blennorrhagie féminine est de rechercher toutes les localisations de la maladie et de les traiter toutes localement. W. D.

Ichtargan, nouveau médicament contre la blennorrhagie antérieure aiguë (Ichthargan, ein neues Mittel gegen Gonorrhoea anterior

acuta), par LEISTIKOW. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1900, t. XXXI, p. 183.

L'ichtargan (mélange d'ichtyol et d'argent) est une poudre brune, sans odeur, qui contient 30 p. 100 d'argent et 15 p. 100 de soufre. L'ichtargan participe des propriétés de l'ichtyol et de celles de l'argent. Il est, sous toutes ses formes, facilement soluble dans l'eau.

L. l'a employé dans sa pratique privée contre la blennorrhagie aiguë dans 55 cas. Voici ses conclusions :

L'ichtargan est un médicament excellent pour détruire les gonocoques ; il modère et fait disparaître les symptômes inflammatoires. L. prescrit des injections d'ichtargan à doses variant de 0,02 à 2 p. 100 suivant la ténacité de la maladie. Les injections prolongées et souvent répétées sont les plus actives, qu'elles soient faites par le médecin ou par le malade.

Comme les sels d'argent, l'ichtargan détruit rapidement les gonocoques et on les voit très rarement reparaître. Il modifie l'écoulement qui devient promptement séreux. A. DOYON.

Emploi thérapeutique de l'ichtargan (Ueber die therapeutische Verwendung des Ichthargan), par EBERSON. *Therap. Monatshefte*, 1901, p. 31.

E. rapporte plusieurs observations (ulcère de jambe, blennorrhagie antérieure et postérieure, catarrhe de la conjonctive, etc.) qui montrent qu'on peut employer avec succès l'ichtargan dans les cas où l'ichtyol et le nitrate sont indiqués. Dans 10 cas de blennorrhagie aiguë de l'urèthre, des injections de 0,04 à 2 pour 100 ont amené la guérison dans l'espace de deux à trois semaines. A. DOYON.

Localisation des maladies vénériennes.

Immunité du vagin pour les affections vénériennes et syphilitiques (L'immunita della vagina per le affezioni veneree e sifilitiche), par G. BARBIANI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, p. 5.

B. a observé un chancre infectant situé sur la paroi antérieure du vagin, à 4 centimètres de l'orifice vaginal, chez une femme qui avait fait pour un catarrhe utérin de fréquentes injections au bicarbonate de soude et au tannin et dont la sécrétion vaginale avait une réaction fortement alcaline.

La rareté du chancre syphilitique et du chancre simple du vagin, de la vaginite blennorrhagique primitive, de l'herpès vaginal, de la tuberculose primitive et de l'épithélioma primitif du vagin, qui a été reconnue par tous les observateurs, ne peut s'expliquer par des conditions anatomiques spéciales. Comme, à l'état normal, la sécrétion vaginale a une réaction acide due principalement à la présence de schizomycètes qui donnent lieu à la production de l'acide lactique, et comme, d'autre part, la plupart des agents pathogènes poussent mieux sur les milieux de culture neutres ou alcalins, en particulier le gonocoque, qui exige pour se développer un milieu alcalin, B. pense que l'acidité du mucus vaginal est la cause de son immunité relative vis-à-vis des affections vénériennes. La leucorrhée utérine, qui a une réaction alcaline, permet, au contraire, le développement du gonocoque dans l'utérus et sa présence dans le vagin peut expliquer — de même que dans le cas de B. les injections de bicarbonate de soude — la cessation de cette immunité. G. T.

REVUE DES LIVRES

Hygiene der Prostitution und venerischen Krankheiten, par Blaschko, 1 vol. in-8° de 125 pages. Iéna, 1900, G. Fischer, éditeur.

Ce travail constitue la 40e livraison du Traité d'hygiène de Weyl.

La première partie est consacrée à l'étude des maladies vénériennes, à leur pronostic et à leur propagation. Chez les peuples civilisés les conditions sont toujours les mêmes avec de faibles différences. Les grandes villes, les cités industrielles et commerciales, les villes de garnison et d'université sont fortement infectées ; les petites villes de province sont moins atteintes, et la population des campagnes est relativement indemne, à l'exception de certaines régions où l'instruction est encore peu développée, comme en Russie et dans les Balkans où les habitants des campagnes sont touchés d'une façon effrayante par la syphilis.

B. a utilisé pour cette étude les rapports statistiques de l'armée, des hôpitaux, des médecins sanitaires, etc. Les meilleures statistiques des maladies vénériennes, peut-être les seules dont, selon lui, on puisse se servir, sont celles de la Norvège et du Danemark, parce que les vénériens indigents sont traités dans les hôpitaux aux frais de l'État et que les médecins ont le devoir absolu de déclarer les autres malades.

Dans l'intervalle de deux périodes d'observation, les maladies vénériennes ont notablement diminué à Copenhague (de 29 à 20 p. 100).

Dans cette diminution le chancre simple figure pour moitié ; en second lieu la blennorrhagie ; la syphilis est aussi moins fréquente.

La blennorrhagie, en province comme dans les grandes villes, représente près de 70 p. 100 de toutes les maladies vénériennes. La proportion des hommes par rapport aux femmes est de 1 à 4 ; autrement dit : une femme vénérienne est un foyer de contagion pour quatre hommes et, d'autre part, sur quatre hommes vénériens il n'y en a qu'un qui contagionne une femme. Si on cherche à mettre en rapport les chiffres de maladies avec les groupes de population qui payent un tribut à l'infection vénérienne, on arrive aux résultats suivants : 16 à 20 p. 100 des jeunes gens âgés de 20 à 30 ans sont atteints de maladies vénériennes, soit 1 sur 4 à 5 ; 1 sur 3 sont atteints de blennorrhagie ; 1 sur 5,5 de syphilis. Si on recherche le laps de temps pendant lequel existe le danger d'infection, on constate qu'il varie pour les différentes classes de la population. Pour les classes aisées qui ne se marient pas avant la trentième année, ce laps de temps est de dix ans ; dans ces dix années, elles s'infecteront de gonorrhée 119 fois sur 100, c'est-à-dire chaque sujet en moyenne une fois, quelques-uns plusieurs fois, et de syphilis 18 fois ou une fois sur 5,5. Pour la classe laborieuse, les conditions sont meilleures grâce à la plus courte durée de la vie de célibataire.

On peut, d'après B., regarder les chiffres de Copenhague, sauf de

légères différences, comme le prototype des proportions dans une grande ville moderne quelconque de l'Europe.

Le troisième chapitre est consacré à la prostitution, à son développement et à son expansion.

Dans le quatrième chapitre, B. traite de la prophylaxie des maladies vénériennes. Après une étude historique et statistique de la réglementation, il arrive à cette conclusion que les résultats n'en peuvent être que très incomplets et ne correspondent nullement aux efforts de la police et des médecins, ni au grand nombre des employés chargés de cette surveillance.

Le peu de succès de la réglementation tient aux causes suivantes : défaut d inscription ; absence d'examen ; traitement insuffisant ; conditions accessoires défavorables de la réglementation.

Au point de vue de la prophylaxie des maladies vénériennes, B. est d'avis qu'il faudrait faciliter l'entrée des vénériens dans les hôpitaux, y rendre leur séjour plus agréable qu'il n'est aujourd'hui. Avant tout, supprimer les restrictions qui tiennent à la nature de ces maladies. Les hôpitaux spéciaux et les salles de malades de la plupart des grandes villes ressemblent trop à des établissements pénitentiaires. On a, avec raison, proposé d'installer des policliniques pour faciliter l'entrée des malades dans les hôpitaux. En tout cas, le devoir d'un médecin est d'éclairer les vénériens du danger qui résulte pour eux et pour la société du mal dont ils sont atteints. B. attache plus d'importance à ces conseils qu'à toutes les mesures coercitives. Des conférences et des écrits populaires pourraient compléter ces différentes mesures. Tel est le résumé succinct de ce travail qui renferme des aperçus nouveaux dignes d'une lecture attentive.

A. Doyon.

Traitement de la syphilis, par Emery, 1 vol. in-16 de 98 pages. Paris, 1901. J.-B. Baillière, éditeur.

Emery, dans ce petit volume de la collection des *Actualités médicales,* groupe sous une forme succincte les diverses questions qui se rattachent au traitement de la syphilis et s'attache particulièrement à mettre au point la question de la méthode des injections mercurielles hypodermiques et intra-musculaires.

Ce petit livre, d'une lecture facile, s'inspire de l'enseignement du professeur Fournier, et l'auteur s'attache surtout au rôle de vulgarisateur.

G. T.

Le Gérant : Pierre Auger.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE



Fig. I



Fig. II



Fig. III

Masson & Cie, Editeurs



TRAVAUX ORIGINAUX

GANGRÈNE DISSÉMINÉE DE LA PEAU CHEZ LES ENFANTS

Par les Drs **A. Veillon** et **J. Hallé.**

(Avec une planche en photocollographie.)

Comme beaucoup d'infections graves, fréquentes autrefois, telles que le noma, la gangrène disséminée de la peau chez les enfants devient une maladie rare. C'est à peine si on peut en voir un cas, au cours d'une année, dans un hôpital d'enfants. Plusieurs fois, cependant, nous avons pu observer cette affection; mais tout dernièrement nous avons eu l'occasion de suivre très complètement un petit malade qui en était atteint et, surtout, nous avons pu faire un examen bactériologique très soigneux en employant des méthodes jusqu'alors inusitées en pareil cas. Les résultats très démonstratifs que nous avons obtenus nous paraissent intéressants, non seulement comme faits pouvant servir à éclairer la pathogénie de cette maladie en particulier, mais aussi comme preuve nouvelle de la doctrine que nous soutenons sur la nature et la pathogénie du processus gangréneux en général (1).

Mais, avant de relater l'histoire de notre malade, nous reprendrons rapidement l'historique de cette question en montrant que les rapports de la gangrène de la peau avec les autres gangrènes n'avaient pas échappé aux auteurs français du milieu du siècle, bien avant les publications récentes sur cette maladie.

(1) Pour cette question de pathologie générale voir les travaux :

VEILLON. Sur un microcoque anaérobie trouvé dans les suppurations fétides. *Soc. de biologie*, juillet 1893.

VEILLON et ZUBER. Sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle dans la pathologie humaine. *Soc. de biologie*, mars 1897, et *Archives de méd. expérim. et d'anat. path.*, juillet 1898.

J. HALLÉ. *Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme.* Thèse, Paris, 1898.

E. RIST. *Études bactériologiques sur les infections d'origine otique.* Thèse Paris, 1898.

J. COTTET. *Recherches bactériologiques sur les suppurations péri-uréthrales.* Thèse, Paris, 1899.

L. GUILLEMOT. *Recherches sur la gangrène pulmonaire.* Thèse, Paris, 1899.

VEILLON et MORAX. Péricystite gangreneuse. *Annales d'oculistique*, t. CXXIII, mars 1900.

VEILLON. Les microbes anaérobies en médecine. *XIIIe Congrès intern. de médecine*, Paris, 1900. Section de médecine et de chirurgie infantiles.

Les auteurs modernes en effet, tant français qu'étrangers, attribuent à O. Simon (1) (1879) l'honneur d'avoir individualisé la forme morbide à laquelle il a donné le nom de « gangrène multiple cachectique de la peau ».

Cependant, bien avant lui, et en particulier Bouley et Caillaut (1852), et Caillaut (2) (1859) avaient donné une description magistrale de cette affection. En les lisant on est frappé de la précision minutieuse avec laquelle ces auteurs décrivent les lésions cutanées qu'ils suivent depuis le début par une petite bulle ou pustule jusqu'à l'ulcération dont ils montrent les bords taillés à pic, décollés, circonscrivant une surface sphacélée, sanieuse. Leur description clinique, au point de vue des lésions dermatologiques et des symptômes généraux, est tout à fait typique; mais ils avaient été plus loin, et ils distinguent nettement cette maladie des ulcérations de la diphtérie cutanée et la rapprochent, au contraire, des gangrènes des muqueuses.

Les travaux ultérieurs n'ajoutent pas grand'chose aux notions cliniques déjà acquises, mais ils complètent nos connaissances sur les conditions étiologiques dans lesquelles se développe la gangrène disséminée de la peau et, en particulier, les rapports de cette maladie avec la rougeole, la varicelle, la vaccine, l'ecthyma, etc. Nous nous contenterons de citer les noms d'Abercrombie (3), C. Fox (4), W. Haward (5), Atkinson (6), Hutchinson (7), Pineau (8), R. Crocker (9); on trouvera d'excellentes descriptions cliniques dans une note de Besnier et Doyon (10), dans l'article de J. Renaut (11); mais nous nous occuperons surtout des auteurs modernes qui ont fait des recherches sur la pathogénie de cette affection.

L'auteur qui, au point de vue bactériologique, a publié le travail le plus important est Demme (12) qui, dans un mémoire remarquable,

(1) O. SIMON. Ueber multiple kachekt. Hautgangrän. *Vortrag in der med. Sect. der Schles. Gesellsch. Vaterland Cult.*, 20 déc. 1878.

(2) CH. CAILLAUT. *Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants* Paris, 1859.

(3) ABERCROMBIE. Varicella gangrenosa. *Brit. med. Journal*, février 1860, p. 245.

(4) COLCOTT FOX. Two cases of so-called erythema gangrenosum. *Med. Times*, 20 janvier 1883, p. 78.

(5) HAWARD. A case of gangrenous varicella. *Brit. med. Journal*, mai 1883, p. 904.

(6) ATKINSON. Multiple cutaneous ulcerations. *Amer. Journ. of med. sci.*, 1884.

(7) J. HUTCHINSON. A gangrenous eruption in connection with vaccination and chickenpox. *Med. chir. Transactions*, LXV, p. 1, 1885.

(8) PINEAU. Ecthyma infantile gangreneux. *Union médicale*, 13 janvier 1885.

(9) R. CROCKER. Multiple gangrene of the skin in infants and its causes. *Med. chir. Trans.*, 1887, LXX.

(10) KAPOZI. *Pathologie et traitement des maladies de la peau*, traduction française par BESNIER et DOYON, 1891, t. I, p. 484 (note des traducteurs).

(11) *Traité des maladies de l'enfance* de GRANCHER, MARFAN, COMBY, t. V, p. 407.

(12) DEMME. Zur Kenntniss der schweren Erytheme und der acuten multiplen Hautgangrän. *Fortschritte der Med.*, nº 7, p. 241, 1888.

étudie quatre cas d'érythème noueux avec gangrène aiguë multiple de la peau. Chez ses malades il a trouvé constamment un coccus qu'il différencie du staphylocoque doré et qui n'est pas pathogène et un bacille, non encore décrit, dont il donne les caractères et avec lequel il reproduit chez les animaux des lésions semblables à celles qu'il a observées sur les malades. Malgré l'intérêt de ces recherches, elles ne sont pas comparables à celles entreprises chez nous parce que la maladie de Demme ne correspond pas à ce que l'on décrit en France sous le nom de gangrène de la peau, et semble plutôt représenter une infection spéciale caractérisée dans une première période par de l'érythème noueux s'ulcérant secondairement.

Une critique analogue peut être adressée à l'observation de Waelsch (1), car malgré le titre du travail, il s'agit non pas de gangrène disséminée de la peau, mais d'abcès putrides devenant gangreneux et développés au niveau de piqûres de morphine chez un homme cachectique qui succomba avec de la gangrène pulmonaire.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'opinion d'Eichhoff (2) qui attribue la gangrène de la peau à un trichophyton, ce qui nous paraît peu vraisemblable.

D'autres auteurs (Hulot, Martin de Gimard (3), Hutinel, Canuet et Gastou (4), Lévi (5), Meunier (6), M. Caillaud (7), Ehlers) ont trouvé, dans les lésions de la gangrène disséminée de la peau, les organismes des suppurations banales : microcoques, streptocoques, bacille pyocyanique et particulièrement le staphylocoque doré. Aussi ces auteurs expliquent-ils l'aspect gangreneux des lésions non pas par la présence d'un germe spécifique, mais par l'état cachectique du malade.

En résumé, on voit que la pathogénie de la gangrène disséminée de la peau est loin d'être élucidée, aussi nous croyons qu'il n'est pas inutile d'apporter un nouveau fait étudié avec tous les moyens de recherches bactériologiques que nous avons maintenant à notre disposition.

Observation. — Auguste P..., âgé de 18 mois, entre le 10 août 1900, à l'hôpital des Enfants-Malades, pour des complications graves survenues du côté de la peau, à la suite d'une rougeole.

(1) L. Waelsch. Ueber eine eigenthumliche Form multipler infectioser Hautgangrän. *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, 1897, t. XXXIX.

(2) Eichhoff. Ueber multiple cachectische Hautgangrän. *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 34, 1880.

(3) Martin de Gimard. *Du purpura hémorrhagique primitif.* Thèse de Paris, 1888.

(4) Canuet et Gastou. *Annales de dermatologie*, 1896.

(5) Lévi. Observation in thèse Caillaud.

(6) Meunier. Observation in thèse Caillaud.

(7) Caillaud. *Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants.* Thèse, Paris, 1896.

Antécédents personnels. — Les antécédents du petit malade sont bons; ses parents sont en bonne santé; il a deux frères bien portants.

Lui-même est né à terme, a été nourri au sein par sa mère et n'a pas fait de maladie sérieuse antérieurement à sa rougeole.

Le 30 juillet, l'enfant, dans l'entourage de qui s'étaient montrés plusieurs cas de rougeole, est pris des symptômes du début de cette maladie et l'éruption paraît dans le délai habituel. L'affection n'a pas paru présenter un caractère de gravité spéciale.

Maladie actuelle. — Quatre jours après l'apparition de l'exanthème, quand l'éruption commençait à pâlir, la mère remarque au niveau de la nuque et de la partie postérieure du cou, des lésions cutanées, sous la forme de cloques remplies d'un liquide sanguinolent. En présence de ces symptômes nouveaux, la mère conduit l'enfant à l'hôpital, où il est reçu le 10 août, salle Henri-Roger.

A son entrée, l'enfant présente les signes suivants : c'est un enfant d'apparence robuste, qui ne paraît pas avoir maigri; mais il offre les signes généraux d'une affection grave.

L'attention est immédiatement attirée par des lésions très spéciales que l'enfant présente du côté de la peau.

Ces lésions sont constituées par des ulcérations de tailles un peu différentes, variant de celle d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 2 francs. Ces ulcérations ne sont pas rondes, mais ovalaires, leur grand axe étant dirigé dans le sens des plis du cou. Au nombre de 9, elles siègent à la partie inférieure de la nuque et à la partie postérieure du cou, surtout du côté gauche. Elles sont rangées suivant deux lignes concentriques, disposition rappelant la géographie des lésions circinées de la peau. Les ulcérations du cou sont les plus grandes, celles de la nuque les plus arrondies.

Si nous examinons en détail une de ces lésions, nous voyons qu'elle est constituée par une ulcération intéressant toute l'épaisseur de la peau, jusqu'à l'hypoderme. Les bords, taillés à l'emporte-pièce, cratériformes, forment un liséré rouge livide, de peu d'étendue. Le fond de l'ulcération, tomenteux, de coloration un peu grisâtre, s'étend profondément sous les bords décollés. Il est recouvert d'un exsudat putrilagineux, d'odeur un peu fétide.

Quelques-unes présentent un caractère très intéressant. Au centre de l'ulcération existe, encore attaché au fond, un îlot arrondi, piriforme, formé par un fragment de peau de coloration blafarde. Cette disposition donne l'aspect d'un îlot de peau en train de se sphacéler, entouré d'un fossé profond qui rappelle le sillon d'élimination des gangrènes. Cet aspect (voir planche IV, fig. 1) est particulièrement net sur une des ulcérations. Ces ulcérations reposent sur un œdème diffus, dur, ne conservant pas l'empreinte du doigt, de coloration blafarde, livide par places, s'étendant à la partie supérieure du dos en arrière, envahissant tout le cou en avant. A ce niveau, il est si dur et si marqué qu'il semble comprimer les organes profonds du cou et être la cause de la gêne respiratoire que présente le petit malade.

En plus de ces ulcérations groupées, on trouve des ulcérations isolées

ayant les mêmes caractères. Une de ces ulcérations siège au-dessus de l'oreille gauche. Deux, beaucoup plus grandes, de la taille d'une pièce de un franc environ, se montrent sur le côté droit du cou, l'une au niveau du sterno-mastoïdien, l'autre plus en dehors, près de la clavicule.

Une ulcération semblable siège à la face antérieure du tendon rotulien du genou droit; elle présente également un îlot central déjà en partie sphacélé.

En plus de ces ulcérations ayant des caractères si spéciaux, existent d'autres lésions un peu différentes. Sur le front et sur le cuir chevelu, on constate de très petites lésions superficielles, impétigineuses. Ces lésions impétigineuses se retrouvent au niveau des narines. Près de la commissure labiale gauche existe un petit pertuis qui communique avec un abcès dermique d'où s'écoule du pus bien lié.

Sur le dos de la main gauche on constate un œdème phlegmoneux, et à l'extrémité du médius de la même main une tourniole. Il n'existe pas de lymphangite du bras, et les ganglions de l'aisselle ne sont pas augmentés de volume.

L'état général du malade est mauvais : la température atteint 39° ; il existe une dyspnée intense, mais que l'auscultation ne permet pas de rattacher à des lésions pulmonaires. On attribue ce léger tirage à l'œdème du cou. Malgré ces symptômes graves, il existe peu de troubles digestifs, et l'enfant boit volontiers.

Le 11 août. Incision large du phlegmon de la main, d'où s'écoule un pus louable ; pansement humide.

Le 12. La fièvre n'atteint que 38° ; mais l'état général ne s'améliore pas : tandis que l'œdème du cou et du dos diminue, apparaît, au niveau de la partie supérieure du sternum, une tuméfaction œdémateuse, dure, de couleur violacée, mais pâle. L'incision donne un pus assez épais, de coloration grisâtre.

Le 13. Les ulcérations du cou augmentent par la disparition des îlots centraux qui se sphacèlent, et par une extension périphérique peu rapide.

La plaie opératoire du phlegmon de la main conserve les caractères d'une plaie banale et présente un bon aspect; par contre, l'incision faite au niveau de l'abcès sternal prend un aspect gangréneux; les bords s'ulcèrent et se décollent et la plaie grandit.

Pansement des plaies à la poudre de Lucas-Championnière. Potion de Todd. Injection de sérum artificiel.

Le 14. La fièvre est tombée ; l'état général est moins mauvais, bien que la diarrhée apparaisse.

Les jours suivants, les ulcérations gangréneuses ne s'agrandissent que lentement, sauf celle du côté droit du cou et celle consécutive à l'ouverture de l'abcès sternal. Le phlegmon de la main tend à guérir; mais apparaissent au cuir chevelu, aux fesses, au flanc droit et au bras droit, des abcès dermiques et sous-cutanés, tout à fait analogues aux abcès sous-cutanés multiples des nourrissons. L'ouverture au bistouri fait écouler un pus louable. Une fois ouverts, ces abcès suivent l'évolution ordinaire vers la guérison. Aucun d'eux ne prend un aspect gangréneux.

A partir du 15 août, la température remonte au delà de 39° et se main-

tiendra jusqu'à la mort dans les environs de 39° et 40°. L'état général s'aggrave, bien qu'on ne trouve aucune lésion viscérale; la dyspnée a diminué, l'enfant tousse à peine; la diarrhée augmente. Pas d'albumine dans les urines.

Les ulcérations gangréneuses font des progrès rapides, s'étendant en surface et en profondeur, en particulier celle située sur la partie droite du cou. A son niveau, le sterno-mastoïdien est mis à nu. Les îlots centraux ont complètement disparu; des fragments putrilagineux s'éliminent de l'abcès anté-sternal.

Les abcès fessiers qui n'ont pas été ouverts se vident spontanément par un pertuis dont les bords n'ont à aucun moment l'aspect gangréneux.

Du 19 août jusqu'au moment de la mort, survenue le 22 août, les ulcérations gangréneuses de la nuque continuent à évoluer assez lentement; mais celles du côté droit du cou font des ravages énormes. La peau déchiquetée, noirâtre, sèche et fanée, limite une perte de substance qui grandit sans cesse, s'étendant, au moment de la mort, de la mastoïde au sternum, de l'angle de la mâchoire à la clavicule. Dans la profondeur les muscles sont disséqués comme dans une préparation anatomique. On voit et on sent battre les vaisseaux. La plaie, d'odeur fétide, laisse écouler un liquide sanieux, mais peu abondant.

Concurremment avec les progrès de cette gangrène, on voit le petit malade se cachectiser de plus en plus rapidement. Il apparaît de l'œdème des jambes. Le teint est blafard, la soif ardente, et la mort survient dans le coma le 22 août.

Autopsie. — Quelques heures après la mort, on a pris une épreuve photographique (1) des lésions de la face et du cou du cadavre.

Les lésions constatées à l'autopsie présentent peu d'intérêt. Seuls les poumons montrent des altérations notables. On y constate des deux côtés une congestion intense aux bases. Au sommet du poumon droit, il existe un nodule de la grosseur d'une amande et nettement tuberculeux. Il n'existe pas de foyer de broncho-pneumonie, ni de gangrène.

Les autres organes ne présentent pas de lésion notable.

Examen bactériologique. — Pendant la vie, nous avons prélevé, avec toutes les précautions nécessaires, du pus des différentes lésions cutanées que présentait le malade. Nous avons soumis chacun des exsudats pathologiques à des examens microscopiques, et à des ensemencements en milieux aérés et en milieux privés d'air.

Phlegmon de la main (12 août). — Le pus du phlegmon de la main, recueilli au moment de l'incision, a montré microscopiquement la présence exclusive de microcoques restant colorés par la méthode de Gram. Les ensemencements sur différents milieux font constater à l'état de pureté un organisme ayant les caractères du staphylocoque doré.

Abcès sous-cutané du flanc (16 août). — Cet abcès contient un

(1) Nous sommes heureux de remercier ici Mlle A. Catrier, à qui nous devons les photographies jointes à ce travail.

pus louable non fétide, où l'examen bactériologique révèle seulement, sur lamelles et en culture, la présence du staphylocoque doré.

Phlyctène développée au niveau de la tête du 1er métacarpien (17 août). — Le contenu de cette phlyctène, très riche en fibrine, renferme également à l'état de pureté le même staphylocoque.

Abcès pré-sternal (12 août). — Le pus, recueilli par ponction pratiquée avec une pipette à travers la peau désinfectée, présente des caractères spéciaux. Il est épais, grisâtre, légèrement fétide et s'étale difficilement sur lamelles.

A l'examen direct, ce pus renferme des leucocytes polynucléaires, et relativement peu d'organismes. Ceux-ci paraissent tous appartenir à la même espèce. C'est un bacille ayant à peu près la taille et l'aspect des formes longues du bacille de la diphtérie. Il se colore facilement par les couleurs d'aniline et reste coloré par la méthode de Gram.

Les cultures faites en milieu aéré ne montrent aucun développement de colonies malgré l'abondance des ensemencements.

Les cultures faites en milieu privé d'air (1) montrent après trois jours un développement considérable de colonies ayant toutes le même aspect et renfermant un organisme dont voici la description :

Cet organisme, moins long que le bacille de la tuberculose, ayant à peu près les dimensions des formes longues du bacille de la diphtérie, a en culture à peu près le même aspect que dans le pus; mais quelques éléments prennent des formes irrégulières; ils sont droits ou plus souvent incurvés. Ils sont souvent unis deux par deux en forme de V; d'autres, isolés, forment comme des pseudo-filaments. Certains bâtonnets sont ramifiés; on voit aussi un bacille assez long se diviser

(1) Pour rechercher les microbes anaérobies, nous nous sommes servis de la méthode imaginée par l'un de nous et dont voici un résumé succinct :

On répartit dans des tubes ordinaires de la gélose glucosée (1 gr. 50 p. 100), sur une hauteur de 10 centimètres ; puis on la stérilise comme d'habitude. Pour faire l'ensemencement on fait fondre une dizaine de tubes en les plaçant dans un bain-marie d'eau bouillante. Une fois la fusion de la totalité de la gélose obtenue, on laisse refroidir en portant les tubes dans un bain-marie à 39°-40°. On prélève une trace de pus avec une pipette à longue effilure qu'on plonge successivement dans les tubes, maintenus liquides, en ayant soin d'agiter pour bien séparer les microbes. Immédiatement après l'ensemencement, les tubes sont placés dans l'eau froide pour faire solidifier la gélose. Si l'opération a été bien faite, les colonies, qui sont confluentes dans le premier tube, ne sont qu'au nombre de 3 ou 4 dans le dernier.

Quand le pus contient des microbes aérobies les colonies se développent jusqu'à la surface du milieu ; on voit, au contraire, les colonies anaérobies s'arrêter nettement à 1 centim. environ au-dessous de cette surface. On peut ainsi pour chaque cas se rendre compte de la proportion numérique de ces deux classes d'organismes, anaérobies et aérobies.

Pour prélever une colonie, il est inutile de casser le tube : avec une pipette à longue effilure qu'on enfonce dans la gélose on va recueillir la colonie isolée. Il est ensuite facile de semer cette colonie dans un autre tube fondu d'avance; on force la colonie à sortir de l'effilure en soufflant légèrement.

à une de ses extrémités en deux petites branches comme un Y ; quelques-uns portent ainsi plusieurs ramifications.

Ce bacille est immobile.

Il se colore facilement par les couleurs d'aniline et par la méthode de Gram.

Il pousse seulement à la température de l'étuve et encore assez lentement; la culture n'apparaît souvent qu'après deux ou trois jours.

Sur gélatine, on ne peut observer de développement.

Sur gélose sucrée, les colonies dans la profondeur sont rondes ou ovalaires, granuleuses, jaune brunâtre, d'abord à bords lisses, puis bientôt hérissées de très fins et très courts filaments.

En surface sur gélose, dans le vide, les colonies sont très petites, d'un blanc gris, transparentes; elles restent discrètes et sont plus minces que les colonies du streptocoque.

Ce bacille dans le vide trouble le bouillon en trois ou quatre jours, uniformément et se dépose au fond sous la forme d'une masse grisâtre, boueuse.

On n'obtient aucun développement sur les milieux aérés, et il ne pousse absolument que dans les milieux privés d'air. C'est donc un microbe strictement anaérobie.

Il donne peu de gaz dans son développement; ses cultures répandent une odeur aigrelette; sa résistance est assez grande. Il vit souvent un mois. Nous n'avons pas constaté qu'il donnât des spores.

Cet organisme est pathogène pour les animaux. Inoculé sous la peau, nous avons reproduit avec lui des abcès sous-cutanés à allure gangréneuse.

Tous ces caractères permettent d'identifier ce bacille au *bacillus ramosus* décrit par l'un de nous (1).

Ulcération gangréneuse du cou (12 août, premier examen). — Le pus sanieux recueilli au fond d'une des ulcérations du cou, au niveau de sa limite d'extension, est formé de leucocytes altérés et de débris cellulaires.

L'examen sur lamelles montre des formes paraissant appartenir à deux espèces. L'une est constituée par des cocci, l'autre par des bacilles, morphologiquement identiques à ceux constatés dans l'abcès pré-sternal. Les bacilles sont moins abondants que les cocci. Ces deux organismes restent colorés après la méthode de Gram.

Les cultures en milieu aéré ne donnent que du staphylocoque doré. En milieu privé d'air, on peut isoler le staphylocoque doré et le même bacille que dans l'abcès pré-sternal, le *bacillus ramosus*.

19 août; deuxième examen. — Sept jours après, on fait un nouvel

(1) Veillon et Zuber. Sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle dans la pathologie humaine. *Société de biologie,* mars 1897, et *Archives de médecine expérim. et d'anat. path.*, juillet 1898, p. 517.

examen de la même ulcération. Cet examen montre des formes microbiennes plus variées, dans lesquelles on retrouve le *staphylocoque doré*, le *bacillus ramosus*, et des chaînettes de *streptocoques*.

Examen du sang. — Aussitôt après la mort, on recueille à travers la paroi thoracique une pipette de sang du cœur. Les ensemencements permettent d'isoler un seul organisme, le *staphylocoque doré*.

Examen histologique. — Le 21 août, on prélève deux fragments de peau sur les bords d'une des ulcérations gangréneuses du cou. Ces deux fragments sont enlevés sans que le malade accuse aucune douleur. Un des fragments siège dans un point non encore complètement atteint par le sphacèle ; l'autre est déjà envahi totalement par la gangrène.

Ces fragments ont été fixés dans l'alcool absolu et débités en coupes minces après inclusion dans la paraffine.

Premier fragment. — L'examen histologique montre que l'épiderme et la partie superficielle du derme sont relativement peu altérés. Il existe un léger degré d'inflammation dans le tissu conjonctif interpapillaire ; mais les glandes sudoripares et leurs canaux paraissent sains. C'est seulement à la partie profonde du derme que l'altération commence et on peut, en partant des régions les plus atteintes vers les parties saines, distinguer trois zones différentes d'aspect :

1° Une zone complètement gangréneuse, difficile à colorer, d'aspect presque homogène, où on ne retrouve que des traces d'éléments cellulaires. Cette région contient, au milieu d'une masse amorphe, des fibrilles décolorées qui ne sont pas constituées par la fibrine, mais par des débris de tissu cellulaire. Cette zone constitue l'eschare vraie.

2° Cette eschare est limitée par une couche moins épaisse que la précédente où l'on retrouve des éléments cellulaires à noyaux plus ou moins visibles ; mais beaucoup de cellules sont réduites à des granulations plasmatiques. On note des éléments chargés de granulations graisseuses et pigmentaires.

3° On arrive par cette zone intermédiaire à la partie profonde de la peau, où existe une inflammation intense sans caractère propre. Dans cette région, on retrouve les vaisseaux à parois altérées (endartérite, par exemple) et les glandes sudoripares relativement peu enflammées.

La coloration des microbes dans les coupes, faite par plusieurs procédés et particulièrement par la méthode de Gram qui nous a donné d'excellentes préparations, nous montre que toutes les formes microbiennes que l'on peut observer dans ce fragment de peau gangrené, peuvent se réduire à deux : des *cocci* et des *bacilles*. Les uns et les autres gardent la coloration après la méthode de Gram.

Dans l'eschare les organismes abondent et constituent à eux seuls une grande partie de la zone de putrilage qui limite la coupe. A ce niveau, on note surtout les cocci, isolés ou par deux. A la limite de

l'eschare les formes bacillaires augmentent et dans la seconde zone, qui répond au sillon d'élimination, les *bacilles* dominent par places. Ces *bacilles* forment en certains points des amas considérables.

Plus loin, on ne retrouve plus de forme microbienne ni dans les capillaires, ni autour des glandes.

Tous les bacilles paraissent bien appartenir à la même espèce : ils sont constitués par un bâtonnet à peu près de la même taille que celui de la diphtérie, gardant très bien la coloration par la méthode de Gram; leur longueur est variable. Ils affectent souvent la forme sinueuse qu'ils ont en culture. Ils sont souvent incurvés ou placés par deux sous la forme d'un V. Dans les coupes, nous n'en avons pas rencontré de bifurqués ou de divisés dichotomiquement.

De l'examen des coupes on peut conclure certainement à l'existence dans les tissus mortifiés du *bacillus ramosus*, constaté d'ailleurs par les cultures.

Deuxième fragment. — Ce fragment étant prélevé en plein tissu déjà gangrené, au milieu d'une masse sphacélée, présente moins d'intérêt et est moins favorable pour l'étude histologique et la recherche des bacilles dans les coupes.

Dans ce fragment les organismes abondent et envahissent toute l'épaisseur de la peau; mais dans ce tissu, qui baignait dans le pus depuis plusieurs jours, la flore microbienne paraît plus variée ; c'est ainsi que l'on note la présence de chaînettes de streptocoques qui paraissaient ne pas exister dans les coupes précédentes. On retrouve par places, au milieu des cocci et des streptocoques, le *bacillus ramosus*, mais en moindre quantité que dans le fragment précédent.

Réflexions. — Si nous analysons ce fait, nous voyons qu'il offre un grand intérêt à différents points de vue. Il s'agit d'un petit malade bien constitué, n'offrant aucune tare organique et qui, cependant, a succombé à une maladie de déchéance au premier chef. Mais, si ce malade n'avait aucune raison d'ordre cachectique qui le prédisposât à la gangrène, il ne faut pas oublier qu'il venait d'avoir la rougeole; à ce point de vue, il rentre donc dans la règle, car tous les auteurs ont observé la fréquence du processus gangréneux à la suite de cette maladie éruptive. De plus, il y avait dans un poumon un tout petit foyer de tuberculose, coïncidence qui a déjà été notée.

Au point de vue des lésions cutanées, nous devons remarquer combien leur description se rapproche de celle des vieux auteurs et, en particulier, de celle si fidèle et si frappante de Caillaud.

Nous avons pu assister, dans notre cas, à l'évolution de la lésion, depuis la bulle ou la pustulette du début jusqu'à l'ulcération disséquante qui avait envahi toute une partie du cou. Le début par une petite bulle ou pustule au-dessous de laquelle on trouve immédia-

tement, dès les premières heures, un petit point sphacélé, semblerait indiquer que pour certains foyers au moins l'infection se fait par la voie sanguine. Un des foyers, véritable phlegmon sous-cutané, paraît être une preuve en faveur de ce mode pathogénique.

Mais nous arrivons à un point tout à fait intéressant de notre observation. Si nous analysons les lésions cutanées que présentait notre petit malade, nous y voyons non seulement des foyers de *gangrène* disséminés, mais aussi d'autres manifestations. Ce sont des lésions d'ecthyma, d'impétigo et enfin ces petits abcès que nous décrivons longuement dans l'observation, abcès qui correspondent aux *abcès sous-cutanés multiples des nourrissons*. Ce n'est pas que cliniquement cette association des lésions différentes soit une rareté. Nous voyons en effet, signalées dans beaucoup d'observations, des lésions multiples du même ordre et les anciens cliniciens ne s'étonnaient point de voir sur un même malade des abcès ou ulcérations dont la gangrène n'était qu'un symptôme de gravité et la signature de l'état cachectique. Mais la coïncidence de ces différentes lésions sur le même malade nous a permis de faire une analyse bactériologique complète dans des conditions de comparaison très instructives.

A l'exception de Demme qui avait trouvé dans des érythèmes, terminés par de la gangrène, des microbes spéciaux, les différents auteurs attribuent le processus gangréneux qui nous occuppe aux microbes ordinaires de la suppuration, staphylocoque, streptocoque, bacille pyocyanique ; et ils expliquent que ces microbes, ordinairement pyogènes, ont donné, dans le cas particulier, de la gangrène par le fait que le malade est dans un état spécial de déchéance, cachectique en un mot.

Cette théorie pathogénique est toute hypothétique; pour l'accepter on est forcé d'avoir recours aux mots vagues de prédisposition, de cachexie. Non seulement elle ne peut expliquer les faits, mais elle est en contradiction avec eux. Ainsi, chez notre malade, comment expliquer que certaines lésions soient de simples abcès évoluant vers la cicatrisation et que d'autres forment des plaques ulcéreuses évoluant vers la gangrène envahissante ? On ne peut ici invoquer la prédisposition, la cachexie, puisque c'est chez le même malade, c'est côte à côte que les lésions évoluent. L'analyse bactériologique nous donne une explication de ces faits. Dans les lésions purement suppuratives, nous trouvons le *staphylocoque doré*, le microbe habituel des abcès multiples des jeunes enfants. Dans les plaques gangréneuses nous trouvons un microbe spécial, ce microbe (le *bacillus ramosus)*, nous le trouvons même seul dans une des lésions gangréneuses (pré-sternale). Voici donc un fait remarquable : chez le même malade, là où la lésion est banale, où il y a un abcès simple, on ne trouve qu'un microbe pyogène banal, le *staphylocoque;* là où

le processus est spécifique, là où il y a gangrène, il y a un microbe spécial, le *bacillus ramosus.*

Nous ne voulons pas dire que le *bacillus ramosus* est le microbe de la gangrène cutanée disséminée, nous n'avons pas assez de cas observés pour pouvoir faire une pareille affirmation ; mais dans notre cas, ce qu'il faut mettre en lumière c'est que, en dehors de l'infection à staphylocoques, il y en avait une autre, l'infection par le *bacillus ramosus ; cette dernière infection étant en rapport avec le processus gangréneux.*

C'est qu'en effet cet organisme que nous trouvons pour la première fois dans la gangrène disséminée de la peau, n'est pas un inconnu. L'un de nous, en collaboration avec Zuber (1), l'avait déjà trouvé dans nombre de processus gangréneux (gangrène pulmonaire, appendicite, etc.). Depuis, ce microbe a été retrouvé par Rendu et Rist (2) (pleurésies putrides), Guillemot (3) (gangrène pulmonaire) et toujours sa présence était en corrélation avec une affection gangreneuse. Enfin le Dr Matzenauer (4), de Vienne, a communiqué au dernier Congrès de dermatologie à Paris, un intéressant travail sur la pourriture d'hôpital, affection dans laquelle il a trouvé un bacille strictement anaérobie qui, s'il n'est pas identique au nôtre, en est au moins très voisin. Les coupes, qu'il a soumises aux congressistes et que nous avons eu occasion de voir, étaient très démonstratives et nous permettent d'affirmer, qu'au moins morphologiquement, ce bacille avait des rapports étroits avec le *bacillus ramosus.*

Ce bacille, que nous décrivons plus haut, non seulement nous l'avons trouvé dans beaucoup d'affections gangreneuses, mais par l'inoculation de cultures pures nous avons reproduit des gangrènes à volonté chez le cobaye et le lapin.

Notre observation, non seulement jette un jour nouveau sur la pathogénie de la gangrène disséminée de la peau, mais elle vient encore ajouter une preuve nouvelle à la théorie que nous avons soutenue sur la pathogénie générale de la gangrène et des processus putrides.

Dans les travaux déjà cités nous avons montré que la gangrène n'était pas seulement une nécrobiose, mais une *mortification des tissus avec fermentation spéciale.* Nous avons aussi prouvé par l'analyse bactériologique et l'expérimentation que ce processus gangréneux était sous la dépendance étroite non d'un seul microbe, mais d'une série d'organismes pouvant appartenir à des espèces diverses, mais dont le caractère biologique commun et constant est d'être

(1) VEILLON et ZUBER. *Loc. cit.*

(2) RENDU et RIST. Étude clinique et bactériologique de trois cas de pleurésie putride. *Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 3 février 1899.

(3) GUILLEMOT. *Loco citato.*

(4) MATZENAUER. *IVe Congrès internat. de dermatologie*, Paris, 1900.

strictement anaérobies. Au point de vue donc de cette question de pathologie générale, le cas que nous rapportons ici est très démonstratif, car, chez le même malade, en même temps, on voit évoluer un processus suppuratif et un processus gangréneux : l'un en relation avec un microbe pyogène banal, l'autre en relation avec un microbe strictement anaérobie; ce fait clinique a, pour ainsi dire, la valeur d'une expérience de laboratoire.

Mais, nous le répétons encore, nous n'avons pas l'intention de dire que le microbe de la gangrène disséminée de la peau est le *bacillus ramosus;* nous croyons, au contraire, qu'on pourra trouver dans cette affection d'autres microbes anaérobies comme nous l'avons déjà fait pour des affections diverses du même ordre. Nous voulons encore moins prétendre expliquer par cette pathogénie tous les cas de ce qu'on appelle les gangrènes de la peau et qui, au sens précis du mot, ne sont pas de vraies gangrènes, mais plutôt de *simples nécroses*, comme la maladie de Raynaud, les gangrènes consécutives à des lésions de nerfs, les gangrènes des hystériques, processus qui ne sont que des troubles trophiques où l'infection ne joue qu'un rôle secondaire.

C'est ainsi que M. Brocq (1) a présenté, à la Société de dermatologie, une gangrène de la face où il n'y avait que les microbes pyogènes habituels (staphylocoques, streptocoques) qui envahissent les plaies ouvertes de la peau ; mais dans ce cas, il n'y avait pas véritablement gangrène au sens où nous comprenons le mot, il n'y avait pas destruction des tissus avec putréfaction, mais une simple nécrose sans symptômes d'infection putride. Il y a donc lieu, même au seul point de vue clinique, de séparer ces gangrènes de la peau *(nécrobioses)* de la gangrène disséminée de la peau chez les enfants, *véritable gangrène*.

En résumé, le fait que nous rapportons ici nous paraît montrer que la gangrène disséminée de la peau chez les enfants n'est pas une affection isolée. Mais, tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathogénique, c'est une maladie qu'il faut ranger dans la classe des gangrènes vraies, que la bactériologie nous montre sous la dépendance de la pullulation, dans les tissus, de microbes strictement anaérobies.

EXPLICATION DE LA PLANCHE IV

Fig. 1. — Photographie du cou de l'enfant, le lendemain de l'entrée à l'hôpital.

Fig. 2. — Photographie des lésions du cou et de la face après la mort.

(1) Brocq, Labbé et Laubry. Gangrène unilatérale de la face à poussées successives. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1900, p. 731.

SIDÉRATION OU ARRÊT DE CROISSANCE BRUSQUE DES ONGLES

Par

les Drs **W. Dubreuilh** et **D. Frèche.**

Parmi les troubles trophiques qui peuvent atteindre les ongles, un des plus simples est certainement l'arrêt de croissance. Mais comme c'est celui qui attire le moins l'attention, c'est aussi un de ceux qui ont été le moins observés et notés.

Le ralentissement ou l'arrêt de croissance des ongles ne doit plus être confondu avec la cessation d'allongement linéaire qui résulte de la friabilité anormale de la lame ou de la déviation de la croissance. Ainsi, dans les onychomycoses, la lame unguéale mal formée par suite des altérations de l'épithélium matriciel, désorganisée par la pénétration du parasite dans la substance unguéale déjà formée, s'effrite à son extrémité libre. Le malade n'a nul besoin de couper ses ongles qui restent anormalement courts parce qu'ils s'usent et se cassent plus facilement. Ils continuent cependant à croître, mais sans parvenir à s'allonger, exactement comme les cheveux trichophytiques qui croissent normalement mais se cassent au ras de la peau et restent toujours courts.

Dans les onychogryphoses accusées, l'ongle ne s'allonge par parce que la croissance est déviée. Il est redressé par les altérations du lit; il n'arrive pas à former un bord libre et, sans même qu'il y ait de diminution dans la quantité de substance unguéale produite dans l'unité de temps, il y a diminution de l'allongement parce que la lame, étant moins oblique par rapport au plan de la matrice, gagne en épaisseur ce qu'elle perd en allongement. Ici non plus, il n'y a point d'arrêt de croissance.

Dans les faits que nous avons en vue, la lame de l'ongle n'est pas altérée dans sa structure ni déviée dans son orientation; elle reste immobile en place parce qu'elle n'est plus constamment poussée en avant par de nouvelles couches de substance unguéale. Les seules altérations qu'elle présente sont contingentes, ce sont une coloration noirâtre et la séparation d'avec le lit.

Les maladies générales entraînent bien des troubles dans la croissance des ongles et depuis longtemps on connaît les stries et les entailles transversales des ongles, qui plusieurs mois après la guérison marquent la date d'une altération de la santé générale. Il est possible et même probable que la production de ces entailles s'accom-

pagne souvent d'un arrêt momentané de la croissance, mais le fait n'a pas, à notre connaissance, été directement et positivement observé.

Dans les lésions traumatiques des nerfs on a observé des troubles fonctionnels trophiques extrêmement variés de la peau, de ses glandes et de ses annexes ; les troubles trophiques des ongles, leur chute, leur déformation ont été souvent signalés, mais l'arrêt de croissance paraît être assez rare. Bernhardt (cité par Heller) a vu deux fois l'accroissement des ongles notablement ralenti du côté du traumatisme ; en revanche, dans un autre cas il l'a vu accéléré. Weir Mitchell, Arnozan ont également vu un ralentissement plus ou moins accusé de la croissance. Mais, en somme, ces faits sont exceptionnels.

Il en est de même des névrites d'origine interne, et Heller ne cite aucun cas d'arrêt de croissance dans ces circonstances.

Dans les fractures on a signalé depuis longtemps l'arrêt de croissance des ongles. Günther, en 1842, a constaté que dans les fractures des membres les ongles cessaient de croître tant que la consolidation n'est point faite et que la reprise de leur croissance est un signe de consolidation. Ce fait contesté par Malgaigne, a été confirmé par Broca qui a vu, à la suite d'une fracture de l'avant-bras, les ongles rester quatre mois sans pousser. Il y avait eu retard dans la consolidation. Dernièrement, Zeisler (1) a observé ce même phénomène sur lui-même. A la suite d'une fracture de cuisse les ongles des orteils gauches sont restés dix semaines sans pousser ; quand ils ont repris leur accroissement, il s'est montré un sillon profond correspondant à cette période d'arrêt. La reprise de la croissance n'indiquait cependant pas la consolidation, car au bout de dix-huit mois elle n'était point encore faite. Zeisler attribue cet arrêt de croissance à l'immobilité et au pansement plutôt qu'à la fracture elle-même.

Dans l'observation suivante l'arrêt de croissance des ongles est survenu à la suite d'un phlegmon septique de la main. Il est à remarquer qu'il a porté sur d'autres doigts que celui qui avait été le siège de l'inoculation septique. L'arrêt de croissance a été temporaire et s'est accompagné d'hyperhidrose de toute la main.

Obs. I. — Le 16 février, le Dr B.... se fait une piqûre à l'extrémité du médius gauche en pratiquant la nécropsie d'un enfant mort d'ostéomyélite suraiguë multiple, avec foyers d'infection dans les viscères. L'examen bactériologique du pus y a montré le staphylocoque doré et le streptocoque pyogène.

Dès le soir, le bout du doigt est douloureux et les jours suivants il se développe une lymphangite du dos de la main et de l'avant-bras avec adénite axillaire.

20 février. Ouverture d'un abcès du dos de la main, d'où sort un pus

(1) J. Zeisler. Trophic dermatoses following fractures. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1898, p. 305.

épais comme du fromage. Les 23 et 25 février, nouveaux abcès analogues, toujours avec ce même pus épais. La lymphangite est accompagnée de frissons et de fièvre.

A partir du 26 février, l'amélioration est continue, quoique lente, la main reste rouge, gonflée et douloureuse.

25 mars. On constate qu'il n'y a plus d'œdème de la main, mais à la base des ongles des 4e et 5e doigts de la main droite il y a une tuméfaction dure, presque osseuse, douloureuse à la pression, mais ne gênant pas les mouvements.

10 avril. La tuméfaction dure de la dernière phalange de l'annulaire et de l'auriculaire droits diminue un peu. On remarque que les ongles des deux derniers doigts droits n'ont pas poussé depuis l'accident.

Au commencement de la maladie on a employé des manuluves de sublimé qui ont teint les ongles en noir, mais la partie de chaque ongle qui a émergé du repli sous-unguéal depuis la cessation de l'emploi du sublimé, a sa couleur normale. Cette zone basale blanche, qui correspond à la croissance de l'ongle depuis la suppression du sublimé, a 5 millimètres de large au pouce, elle a 4 millimètres sur le médius et l'index, 1 millimètre sur le petit doigt, et elle manque complètement sur l'annulaire.

La forme des ongles est normale, le bord libre de l'ongle de l'annulaire est décollé sur une largeur un peu plus grande que les autres.

Aucun trouble de la sensibilité.

Hyperhidrose très marquée de la main gauche ; la paume est constamment mouillée de sueur et la sudation s'exagère encore sous l'influence de la tension d'esprit.

Tandis que les poils du dos de la main droite (saine) sont à peine visibles, ceux de la main gauche (malade) ont pris un développement excessif.

Le 20 avril, l'hyperhidrose persiste sans changement ; les ongles des 4e et 5e doigts gauches commencent à pousser.

L'arrêt de croissance des ongles peut survenir sans cause connue, constituant la seule manifestation morbide sans lésion cutanée du voisinage, sans trouble nerveux général, sans altérations trophiques localisées.

Obs. II. — Mme P..., 41 ans.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle ; aucun trouble digestif ni ancien ni actuel. Menstruation régulière. Pas de troubles névropathiques d'aucune espèce.

Depuis dix ans, l'ongle du premier orteil droit est un peu difforme et cette difformité s'est graduellement accrue dans ces derniers temps en même temps que l'ongle a cessé de croître.

Il y a un an, Mme P... a soigné une opérée et a manipulé beaucoup de solutions d'acide borique. C'est depuis cette époque que la croissance des ongles des mains s'est arrêtée.

Il y a huit mois, toux et coryza persistants, écoulement nasal abondant, qui ont guéri par des lavages et des pilules de belladone.

Depuis six mois, prurit localisé à la partie moyenne de la face interne de la jambe droite, puis à la partie externe de la cuisse droite. On trouve en ces points quelques lésions de grattage et un début de lichénification. Pas de varices ni de signes de varices profondes.

Les ongles des mains présentent tous une teinte diffuse noirâtre avec une légère opacité très analogue à celle que donnent les solutions de sublimé; elle en diffère cependant en ce qu'elle est plus grise et moins brune et en ce qu'elle est plus uniforme, car elle est égale sur toute la longueur et la largeur de l'ongle et paraît même se prolonger jusque sous le repli sus-unguéal.

Mme P... affirme du reste qu'elle n'a jamais touché aucune solution de sublimé.

La face dorsale des ongles est lisse et parfaitement normale, sauf le changement de couleur.

La forme générale est peu altérée; elle est très régulièrement cylindrique, mais la courbure transversale s'est accusée dans ces derniers mois au point que sur les annulaires elle atteint le demi-cylindre sans cependant qu'il y ait de carène ou de plicature brusque. A ce dernier doigt, l'exagération de courbure entraîne une certaine sensibilité à la pression dirigée perpendiculairement à l'axe du doigt, en pressant l'ongle contre son lit. Les ongles sont uniformément un peu courts et n'atteignent pas le bout du doigt. Ils n'en présentent pas moins un bord libre de 2 millimètres de large en moyenne.

La lame unguéale est très dure, mais la malade ignore si la dureté en est plus grande qu'autrefois. Elle n'est pas plus mobile que normalement et adhère parfaitement au lit qui paraît normal, autant qu'on en peut juger en raison de sa teinte grisâtre. On ne distingue pas de lunule; l'ongle n'est pas cassant.

Le repli sus-unguéal est normal et adhérent, mais un peu arrondi par la disparition du repli épidermique. Le repli dermique n'est pas rouge ni douloureux, ni infiltré, et ne paraît pas tuméfié.

Les sillons latéraux sont plus profonds que normalement; les bords latéraux de l'ongle sont déchaussés, fortement fléchis vers le lit et bordés en dehors par un bourrelet arrondi plus épais que dans des ongles normaux. Il semble que l'ongle s'est enfoncé dans le lit, de sorte qu'il est débordé par les parties voisines sans que cependant celles-ci paraissent notablement tuméfiées pour leur compte.

Pas d'hyperkératose sous-unguéale. La lame unguéale est lisse et dure sur ses deux faces. Aucune altération épidermique dans le voisinage.

Depuis un an la croissance des ongles des mains s'est considérablement ralentie. On remarque sur l'ongle de l'annulaire droit un petit sillon transversal situé à 1 centimètre de la racine, à 1 millimètre et demi du bord libre; ce sillon est dû à une piqûre que la malade s'est faite à la racine de l'ongle en mars 1895, il y a un an. Depuis deux mois ce sillon a cessé complètement de progresser vers l'extrémité. La malade a fait la même remarque pour tous les ongles des mains : la croissance, très lente depuis un an, est nulle depuis deux mois.

Sudation normale; ni hyperhidrose ni anidrose; sensibilité à la piqûre normale sur tous les doigts. Pas de fourmillements; cependant, il y a un

mois environ, elle a senti à plusieurs reprises un peu de fourmillement dans les doigts. Ces fourmillements ont disparu depuis un mois ; ils n'ont jamais été bien gênants. Mme P... avait bien pendant quelques semaines pris un peu d'arséniate de soude, mais à faible dose, et elle n'en prenait plus depuis un mois quand les fourmillements ont débuté.

La peau des mains est un peu sèche et squameuse, ce qui doit être dû à l'abus du jus de citron que la malade emploie pour se laver les mains.

Rien ailleurs sur la peau.

Aux pieds : la plupart des ongles des orteils sont à peu près normaux ; cependant, le premier orteil présente un ongle épais, épaissi encore par une hyperkératose sous-unguéale en moelle de jonc. L'ongle est court, étroit, épaissi et courbé vers le lit. Il y a très longtemps que Mme P... n'a pas eu à se couper les ongles de pieds. Celui du premier orteil droit est court, dur, épais, assez étroit, croissant un peu obliquement et entouré par des bourrelets un peu saillants.

Aucun trouble de la santé générale.

Traitement. — Liqueur de Fowler, quinze gouttes par jour. Glycérine sur les mains. Massage du bout des doigts. Pommade au goudron pour la jambe.

La malade n'a pas été revue.

Parmi les malades présentés au Congrès international de dermatologie de Londres en 1896, nous avons remarqué un malade montré par J. Hutchinson, sous le titre de psoriasis atteignant les ongles. Il y est fait allusion dans le compte rendu du Congrès publié dans le journal *The Lancet*, 1896, II, 470 ; mais nous le décrivons surtout d'après les notes prises par l'un de nous, pendant le Congrès, en interrogeant le malade.

Il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans. L'altération atteignait les ongles des quatrième et cinquième doigts droits et des deuxième et troisième doigts gauches. Les ongles altérés sont d'un noir verdâtre et cette teinte paraît siéger dans la lame unguéale elle-même et n'être pas due uniquement aux poussières logées sous elle et vues par transparence. Les ongles sont décollés profondément jusqu'à la lunule sans qu'il y ait d'altération du lit. Depuis quatre mois, les ongles ont complètement cessé de croître et c'est depuis la même époque que les autres altérations se sont montrées. Il n'y a pas la moindre trace de psoriasis sur le corps et il ne paraît pas y en avoir jamais eu. Nous ne voyons pas sur quoi s'appuie l'éminent dermatologiste qui présentait le malade, pour attribuer au psoriasis une altération limitée aux ongles et si différente de celles qu'on rencontre ordinairement dans cette maladie.

On peut rapprocher des faits précédents celui qui a été publié par Collineau et Thibierge (1).

(1) COLLINEAU et THIBIERGE. Dystrophie unguéale généralisée. *Annales de dermatologie*, novembre 1897, p. 1135 et décembre 1898, p. 1144.

Un jeune homme de 17 ans, maigre et chétif dans son enfance, mais depuis dix ans parfaitement bien portant, a remarqué en juin ou juillet 1897, que ses ongles prenaient un aspect particulier ; ils devenaient jaunâtres et opaques et, depuis ce moment, ils ont cessé de pousser. Cette altération a commencé par le pouce gauche, puis tous les doigts gauches ont été successivement envahis. Tous les ongles de la main droite ont été ensuite pris dans le même ordre, enfin ceux des orteils. Il n'y a aucun trouble fonctionnel ni aucune rougeur.

Le 11 novembre 1897, les ongles des orteils sont jaunâtres, couleur d'ambre et un peu opaques ; leur coloration est uniforme, leur épaisseur n'est pas accrue ; leur surface est lisse et polie ; leur bord libre n'est pas décollé ; en somme il n'y a pas d'autre modification apparente que leur changement de couleur.

Les ongles des doigts sont également jaune d'ambre, mais plus pâles et avec des taches grisâtres dues à la pénétration de poussières, leur forme est normale mais ils sont décollés dans une étendue variable tant à leur bord libre que sur leurs bords latéraux. Aux deux derniers doigts de la main gauche les ongles ont presque disparu, il n'y a plus qu'une lame de 2 millimètres de long, blanche, correspondant à l'insertion basale. Le lit unguéal est épaissi, parcouru par des crêtes demi-cornées longitudinales.

Dans les mois suivants, tous les ongles sont tombés par suite des progrès du décollement.

En avril 1898, ils ont commencé à repousser, ceux des mains d'abord, puis ceux des pieds.

En décembre 1898, ils ont tous repoussé, mais un peu déformés. Ils sont striés longitudinalement, plusieurs sont cassés et fendus à l'extrémité libre qui est soulevée par une masse cornée feuilletée. La croissance se fait avec une rapidité normale, les ongles n'ont plus la couleur ambrée du début.

Il est probable et même certain que les faits que nous venons de grouper d'après le seul symptôme de l'arrêt de croissance ne sont pas tous identiques, mais nos connaissances en matière de pathologie unguéale ne nous permettent pas encore dans la plupart des cas de faire des diagnostics complets. Nous ne pouvons faire que des groupements provisoires, mais ceux-là mêmes sont utiles pour mettre en lumière certains symptômes, provoquer leur étude plus approfondie et conduire graduellement à une connaissance plus parfaite.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 2 MAI 1901

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal : Gangrène à la suite d'une injection de sublimé, par M. Brocq. — Kératose folliculaire villeuse, par MM. G. Baudoin et Du Castel. (Discussion : MM. Barbe, Du Castel, Hallopeau, Darier.) — Dermatose paratuberculeuse lichénoïde et eczématiforme et tuberculides associées à des adénites cervicales tuberculeuses, par MM. Gastou et Paris. (Discussion : MM. Fournier, Barthélemy, Gastou, Darier.) — Irritation gingivale comme point de départ de la pelade, par M. Jacquet. (Discussion : MM. Hallopeau, Barthélemy, Jacquet, Barbe, Sottas, Sabouraud.) — Sclérodermie circonscrite ou morphœa alba localisée au territoire du plexus cervical superficiel, par MM. Balzer et Lecornu. (Discussion : MM. Brocq, Balzer, Barthélemy, Besnier.) — Syphilide tertiaire simulant un chancre de la paupière, par M. Danlos. — Érythème annulaire et diabète, par M. Danlos. (Discussion : MM. Hallopeau, Danlos.) — Alopécie congénitale peladiforme simulant absolument la pelade, par M. Danlos. (Discussion : M. Sabouraud.) — Dermatose en ruban développée sur une femme syphilitique, par M. A. Fournier. (Discussion : MM. Hallopeau, Leredde, Gaucher, Barthélemy, Jullien, Danlos, Fournier.) — Syphilis héréditaire tardive avec dystrophies dentaires; syphilis cérébrale (hémiplégie et aphasie); guérison, par MM. Gaucher, Lacapère et H. Bernard. (Discussion : MM. Hallopeau, Gaucher, Barthélemy, Jullien, Fournier). — Dermite artificielle par application de laudanum de Sydenham, par M. E. Bodin. (Discussion : M. Bourges.) — Action d'appel d'une brûlure sur la production d'une syphilide; hérédo-syphilis, par M. G. Baudoin. (Discussion : M. Leredde.) — Sur l'huile iodée biiodurée et iodo-biiodurée, par M. Lafay. (Discussion : MM. Barthélemy, Jullien.) — Balanite clitoridienne érosive à spirilles, par MM. Gastou et Druelle. — Diagnostic cytologique des dermatoses squameuses, par MM. Gastou et Vieira. — Présentation d'un malade qui va être soumis au traitement par le permanganate de potasse, par M. Hallopeau. — Sur deux nouveaux cas d'éruptions lichénoïdes en bandes, par MM. H. Hallopeau et Villaret. — Séborrhée et syphilis, par M. H. Hallopeau. — Ulcère de jambe dû à la piqûre d'une épine de « bougrane », par MM. Hallopeau et Fouquet. — Sur un nouveau cas de persistance d'ulcérations syphilitiques plantaires malgré un traitement énergique intus et extra, par MM. H. Hallopeau et Fouquet. — Nouveau cas d'accidents graves provoqués par le baume du Pérou employé dans le traitement d'une gale, par M. H. Hallopeau. (Discussion : MM. Jullien, Fournier, Lafay.) — Sur les accidents cutanés survenus au cours d'une pseudoleucémie lymphocythémique (leucémie), par M. Audry. — Rapport sur les résultats du concours pour le prix Zambaco. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

Zeferino Falcao. — A Lepra em Portugal. Lisbonne, 1600.

MAGNUS MÖLLER. — Influence de la lumière sur la peau. Extr. : *Bulletin médical*, 6 avril 1901.

— Ein Fall von primärer Prostatatuberkulose nach vorangegangenen traumatischen Prostataabscess. Ext. : *Centrabl. f. die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane*, 1901.

— Fortgesetzte Beobachtungen über Lungenembolie bei Injection von unlöslichen Quecksilberpräparaten. Extr. : *Arch. f. Derm. und Syphil.*, 1901.

MAGNUS MÖLLER und MÜLLERN-ASPEGREN. — Therapeutische Studien über Ulcus molle. Extr. : *Festschrift zu Ehren von Moriz Kaposi*, 1900.

A. FOURNIER. — *Traité de la syphilis*, t. II, fasc. I, Paris, 1901.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Gangrène à la suite d'une injection de sublimé.

Par M. BROCQ.

M. le D[r] Raconiceanu, chirurgien de l'hôpital Colentina, à Bucarest, m'adresse la lettre suivante :

Le fait que vous avez exposé à la Société de dermatologie, dans la séance du 15 avril, me suggère l'idée de vous faire connaître un accident observé à la suite d'une injection de sublimé dans la fesse droite. L'observation a été prise par l'interne Alexio. Il s'agit d'un homme de 33 ans, syphilitique, auquel on avait injecté du sublimé dans une policlinique de la ville. Immédiatement après l'injection il avait ressenti une vive douleur, qui avait constamment augmenté et l'avait forcé à prendre le lit. Sept semaines après cette injection, il entra dans mon service, le 2 mars 1899, porteur de 4 ulcérations plantaires allant jusqu'à l'os, la jambe complètement insensible et froide. J'instituai un traitement médical, mais les lésions augmentèrent rapidement, déterminant la gangrène du pied, ce qui me força à faire le 11 mars l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Il n'y avait pas d'antécédents héréditaires. A 18 ans le malade avait eu la fièvre typhoïde ; à 31 ans la syphilis. Il présentait comme manifestation morbide une perforation de la voûte palatine. L'urine ne renfermait ni albumine, ni sucre.

L'examen histologique de la pièce a été faite par M. le professeur Babès. On a trouvé une dégénérescence graisseuse, un épaississement des parois artérielles, une phlébite adhésive de la veine ; quant aux nerfs il n'y avait pas d'altération évidente ; toutefois entre les fibrilles nerveuses il y avait une substance granuleuse, probablement de l'œdème, d'après le P[r] Babès.

Je vous fais connaître ce cas pour qu'on sache qu'à la suite d'une injection de sels mercuriels, il peut survenir des accidents très graves qui peuvent forcer à pratiquer l'amputation d'un membre.

Kératose folliculaire villeuse.

Par MM. G. BAUDOIN et DU CASTEL.

Malade âgé de 20 ans ; a eu, il y a quelques années, une éruption passagère dont il est impossible d'établir rétrospectivement la nature.

Depuis deux mois, il a vu se développer sur de nombreux points de la surface du corps un état granuleux constitué par de petites saillies papuleuses, mousses, rouges, d'où émanent des prolongements cornés, villeux, d'un millimètre de longueur environ.

Les plaques morbides occupent surtout les hanches, la partie postérieure des bras et des avant-bras, les épaules, le dessous du menton et la partie supérieure et antérieure du cou. L'éruption est indolente.

Le malade est atteint d'une kératose pilaire ancienne très accusée.

L'état général est excellent.

L'examen histologique montre une kératose d'origine pilaire avec légère infiltration leucocytaire autour des follicules pileux.

Nous sommes incapables de déterminer la nature exacte des accidents ; nous nous demandons s'il n'y a pas quelque relation entre l'éruption actuelle et la kératose pilaire ancienne dont le malade est atteint.

M. BARBE. — Je crois que nous sommes ici en présence d'un cas analogue à ce qui a été décrit par le Dr Brooke, de Manchester, sous le nom de kératose folliculaire contagieuse et dont il existe une belle description avec figure dans l'Atlas international des maladies rares de la peau. J'ai observé dernièrement cette maladie chez deux frères. Ces deux malades feront le sujet d'une communication à la prochaine séance de la Société.

M. DU CASTEL. — La rapidité avec laquelle l'éruption s'est développée n'est pas en faveur de sa nature parasitaire.

M. HALLOPEAU. — L'éruption n'a aucun des caractères ni de la kératose pilaire ni de l'acné cornée.

M. DARIER. — L'examen des coupes histologiques ne montre que des lésions de kératose pilaire, de développement récent et de forme inflammatoire.

Dermatose para-tuberculeuse lichénoïde et eczématiforme, et tuberculides associées à des adénites cervicales tuberculeuses.

Par MM. GASTOU et PARIS

Il nous a paru intéressant de présenter ces deux malades, tous deux porteurs d'adénites cervicales tuberculeuses suppurées : guéries momentanément chez le plus jeune des malades, en pleine activité chez le plus âgé et accompagnées chez le premier d'une affection d'apparence eczémateuse et lichénoïde, tandis que le second présente une éruption papulo-ulcéreuse et érosive disséminée sur différentes

parties du corps et donnant l'apparence d'éléments acnéiques ou de folliculites.

Une biopsie faite chez chacun de ces malades a montré chez le second, le plus âgé, un type net de tuberculides, tandis que chez le premier les lésions d'infiltration du derme sont peu accentuées, diffuses, à peine indiquées en certains points, mais s'accompagnent néanmoins d'un début d'altérations glandulaires et d'une hyperkératose marquée.

Voici l'histoire clinique et biopsique de ces deux malades :

B..., journalier, 26 ans, vient dans le service (salle Saint-Louis, lit nº 30) pour une affection du tronc et des jambes se présentant sous forme de placards irréguliers, saillants, limités, érythémato-squameux ou croûtelleux par places, sans suppuration ni suintement, et s'accompagnant de démangeaisons très peu marquées. Sur les autres parties du tégument il existe des éléments papuleux miliaires rappelant le prurigo.

Les placards éruptifs apparus récemment ont déjà été précédés d'éruptions analogues ; ils rentrent dans le groupe des eczémas lichénoïdes ou lichénifiés à allures subaiguës ou chroniques. Le malade a de nombreuses cicatrices d'abcès ganglionnaires cervicaux, qui auraient commencé à se manifester dès l'âge de 10 ans ; il a des dents mal plantées, quelques-unes avec stries et encoches. Sur les mains et les pieds, sur les jambes il présente une série de petites cicatrices résultant de l'évolution de lésions papulo-ulcéreuses et érosives. Il a eu des gelures des doigts ; à la suite, l'auriculaire gauche a été déformé et la phalangette ankylosée en demi-flexion. Les oreilles ont sur leurs bords l'aspect que donne le lupus pernio. Le cou est couturé de larges et longues cicatrices déprimées, résultant de poussées ganglionnaires qui ont précédé l'apparition des éruptions dont on voit les reliquats aux jambes et aux pieds.

Envoyé à Berck, il y reste trois ans et subit 3 interventions chirurgicales. Puis il séjourne deux ans à Forges-les-Bains. Entre temps se manifestent des poussées ganglionnaires qui rétrocèdent et s'accompagnent de poussées éruptives. C'est il y a 4 ans, pendant l'hiver, qu'il a eu les mains gelées.

Il n'a pas souvenir de maladies chez ses parents. Sa mère a eu 6 grossesses, dont 5 terminées par des avortements ou par des couches normales, mais avec mort d'enfants en bas âge ; il a un frère âgé de 19 ans et bien portant. Lui-même est mis en nourrice à l'âge d'un mois. Sa nourrice étant enceinte, accouche, au moment où elle le nourrissait, d'un enfant putréfié (?). A la suite, il maigrit. Confié à une autre nourrice, son poids redevient normal. Vers la troisième année, il présente une éruption sternale dont il ne peut préciser la nature.

Tous ses organes fonctionnent régulièrement.

Examen biopsique : L'examen biopsique pratiqué sur un groupe d'éléments du thorax montre une infiltration leucocytaire modérée du derme avec épaississement de tous les tissus le composant ; les glandes sont peu altérées, mais en plusieurs points il existe une transformation lymphoïde

du tissu normal et une transformation épithélioïde de quelques cellules fixes. A tout cela se joint une hyperkératose marquée. Ces lésions, quoique n'ayant aucun caractère absolu, ne sont cependant ni celles d'un eczéma, ni celles d'un lichen ; elles indiquent un état d'inflammation et de sclérose déjà ancien de la peau.

L'histoire du second malade est autre :

N .., menuisier, 53 ans. A eu il y a 7 semaines environ une série d'adéno-phlegmons de l'angle maxillaire. Il y a un mois environ sont apparus presque subitement sur les bras, les jambes, la poitrine et quelque peu sur les reins une série de lésions papulo-érosives, ulcéreuses ou pustuleuses, ressemblant à s'y méprendre à l'acné pustuleuse. Cette éruption n'est pas prurigineuse ni douloureuse ; elle est accompagnée de petits abcès du cuir chevelu et du corps, de polyadénite suppurée siégeant au cou, aux régions axillaires et inguinales. Le malade tousse, maigrit, a de la fièvre, une otite gauche depuis 4 ans et une respiration rude soufflante aux deux sommets.

Examen biopsique : L'examen histologique d'un élément éruptif papulo-pustuleux a montré tous les caractères des lésions habituellement dénommées tuberculides, c'est-à-dire l'infiltration dermique péri-vasculaire et nodulaire, les altérations péri-glandulaires.

Ces deux observations nous ont paru intéressantes à rapprocher. Pour le second malade, il ne peut être discuté longuement sur la nature de la lésion que démontre du reste l'examen histologique : il s'agit de tuberculides nettes.

Pour le *premier*, il n'en saurait être de même. Mais en présence de l'évolution de la maladie et des résultats histologiques, ne peut-on admettre que la poussée cutanée actuelle est l'analogue de tuberculides, avec une atténuation très marquée ? Les remarquables travaux de M. Auclair sur les toxines tuberculeuses ont démontré que certaines de ces toxines produisaient chez les cobayes de simples lésions congestives et irritatives ne rappelant en rien les lésions tuberculeuses. Ne pourrait-il pas y avoir, à côté des tuberculides, des lésions cutanées para-tuberculeuses comme il y a à côté des syphilides des lésions para-syphilitiques ? La démonstration de ces faits est tout entière en rapport avec la preuve de l'existence des toxines tuberculeuses. Mais ce qu'il y a d'intéressant à signaler, c'est l'apparition de poussées éruptives suivant les poussées ganglionnaires et l'atténuation progressive de ces poussées d'abord papulo-érosives, puis lichénoïdes et eczématiformes : tuberculides, puis para-tuberculoses lichénoïdes coïncidant avec l'atténuation des poussées ganglionnaires, ces ganglions jouant le rôle de véritable lésion locale vaccinante, immunisant par à-coups successifs l'organisme contre la tuberculose généralisée.

M. FOURNIER. — Le premier malade présenté par M. Gastou est celui que j'ai présenté il y a environ un mois, avec le diagnostic probable de tuberculides. L'examen histologique a confirmé ce diagnostic.

M. BARTHÉLEMY. — Je suis frappé de la ressemblance qui existe entre les lésions cicatricielles que l'on trouve sur ce malade et celles que j'ai décrites dans le folliclis. Je retrouve autour du genou des cicatrices arrondies, fort nettes, faites comme à l'emporte-pièce, lisses, blanches. Mais, il y a quelques différences cependant : ces cicatrices ne sont pas ombiliquées au centre ; elles ne sont pas pigmentées à la périphérie et, surtout, elles ne sont pas localisées sur certaines régions ; elles sont très nombreuses et réparties surtout à la face externe et postérieure des membres inférieurs. D'autre part, aucune pustule n'est actuellement en activité. Cette éruption, qui est pourtant d'allure très chronique, ne peut donc être jugée cliniquement que par des phénomènes rétrospectifs. Enfin, j'observe également sur ce malade, au contour du cou, des lésions qui me paraissent absolument de nature tuberculeuse. Il y a donc lieu d'admettre sur ce malade une dermatose d'origine bacillaire d'autant plus intéressante qu'elle s'est développée sur un sujet dont la peau est manifestement de résistance défectueuse. On y trouve des réseaux vasculaires violacés et de l'acrocyanose, qui témoignent de la mauvaise circulation, des acnés, des lésions inflammatoires du tronc, des furoncles ou de l'ecthyma ; enfin, une affection lichénoïde aiguë prurigineuse qui me semble tout à fait indépendante de la bacillose ici incontestable, car on l'observe souvent en dehors de toute lésion bacillaire, ce lichen simplex aigu n'ayant même rien de commun, du moins me semble-t-il, avec les lichens dits scrofulosorum ou cachectiques et ceux qui sont jusqu'ici considérés comme ayant des rapports possibles de causalité avec les agents infectieux de la tuberculose.

M. GASTOU. — J'ai voulu attirer l'attention sur ce fait que des malades ayant des lésions dues à la toxine tuberculeuse peuvent avoir des lésions différentes d'origine également toxinique et qui sont en quelque sorte para-tuberculeuses.

M. DARIER. — On constate sur les coupes que je viens d'examiner tous les éléments du tissu tuberculeux. La première malade présentée par M. Gastou offre un beau spécimen de tuberculides polymorphes à prédominance du type d'acné cachectique.

Irritation gingivale comme point de départ de la pelade,

Par M. JACQUET.

J'ai l'honneur de vous présenter une jeune fille atteinte depuis deux mois environ d'une pelade qui, limitée d'abord à la partie *gauche* de la nuque où elle a aujourd'hui encore son maximum, s'est étendue sous mes yeux à la partie droite où elle est très restreinte encore.

En outre, et depuis un temps indéterminé, cette jeune fille a souffert d'épistaxis de la narine *gauche*, et actuellement elle présente une très

évidente érythrose de la région auriculo-faciale *gauche,* avec hyperthermie et hyperesthésie de la *même* région.

Or, vous pouvez aisément constater un enchatonnement de la dernière molaire inférieure *gauche,* par la gencive qui la recouvre à moitié.

J'attribue le faisceau morbide ci-dessus énuméré à l'irritation partie de la gencive, d'où a irradié cette série de troubles par excès ou défaut fonctionnel.

Je vais faire disparaître la cause irritative et j'espère que la pelade, qui jusque-là a diffusé sous nos yeux de façon continue, va rétrocéder *pari passu* avec les autres symptômes.

Le traitement employé a consisté en massages répétés et frictions excitantes : il sera continué sans nul changement.

J'ai déjà cité, dans mon travail récent sur la pelade, des cas de systématisation peladique ou, plus exactement, de pelades faisant corps avec un syndrome systématisé à un côté du corps, *hémi-pelades.* Je possède aujourd'hui un assez grand nombre de faits de ce genre et les étudierai devant vous en détail.

M. Hallopeau. — Cette malade me paraît atteinte d'une pelade vulgaire et je ne crois pas ici à l'influence de la dentition.

M. Barthélemy. — Si j'ai bien compris la proposition de notre excellent collègue, M. Jacquet incline à penser que c'est à la difficulté qu'a à sortir de la gencive la molaire gauche que serait dû le trouble de nutrition, qui se traduit sous forme de pelade systématisée et prédominante à gauche? La pelade ne serait donc plus qu'une expression symptomatique d'une nutrition gênée, troublée, retardée, faussée ou déviée?

La conception que je me fais de la pelade est si éloignée de cette manière de voir que je demande que la proposition soit nettement précisée.

Pour ma part, je réitère une déclaration : je crois à la nature parasitaire et contagieuse de la pelade et je crois seulement que cette affection se développe de préférence sur certains sujets. Comme tous les autres, ce parasite toujours inconnu a des terrains d'élection, et, portant sur les cheveux, il a plus facilement raison des cheveux dont les conditions de nutrition et de résistance sont déjà amoindries.

M. Jacquet nous montre des cas où la pelade se rencontre chez un sujet qui a un trouble de la dentition. Combien avons-nous vu de pelade sans qu'il en soit ainsi? Je n'insiste pas..., mais, je le répète, si j'ai bien compris, quand aura été facilitée la sortie de la dent hors de la gencive, la pelade devra donc guérir, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement local qui jusque-là resterait inactif et impuissant? S'il en est ainsi, l'expérience serait beaucoup plus concluante s'il n'était fait aucune sorte de traitement local et si on se contentait de donner issue à la dent.

M. Jacquet. — Ma communication comprend deux points essentiels : 1° le constat de la juxtaposition d'une série de troubles fonctionnels, érythrose, hyperthermie, hyperesthésie, pelade, autour d'une épine

irritative donnée ; 2° une hypothèse greffée sur le constat : c'est l'excitation gingivale qui est le point de départ de tous les accidents ; après désenchatonnement de la dent, la pelade subira d'abord l'arrêt de sa marche extensive, puis elle rétrocédera et guérira.

Mais il est bien entendu qu'un traitement local actif a été fait dès le début et continuera d'être appliqué. Je ne puis en effet proposer à cette malade de suspendre tout traitement.

M. HALLOPEAU. — Quel a été le traitement appliqué et en quoi consiste-t-il ?

M. JACQUET. — Le traitement est appliqué depuis un mois et consiste, d'une part, en frictions irritantes pratiquées deux fois par jour, d'autre part, en massages répétés de la région.

M. HALLOPEAU. — Ce traitement n'a eu ici aucune efficacité ; il n'a pas empêché les lésions de s'étendre, non plus que la persistance dans l'aire peladique de nombreux cheveux massués ; il peut être continué sans inconvénient pour la signification de l'expérience.

M. SOTTAS. — La dent enchatonnée est-elle la dent de sagesse ?

M. JACQUET. — C'est la molaire qui précède la dent de sagesse.

M. BARBE. — Les ophtalmologistes ont signalé depuis longtemps des troubles fonctionnels oculaires, liés aux altérations dentaires. L'hypothèse de M. Jacquet, de troubles trophiques cutanés en rapport avec une excitation généralisée, est donc vraisemblable.

M. SABOURAUD. — La malade présentée par M. Jacquet est atteinte d'une pelade sur laquelle le traitement local a échoué jusqu'ici, car la plaque est encore en pleine activité et en voie d'extension.

Il y a actuellement deux manières de concevoir la pelade ; d'après l'une, c'est une maladie spécifique ; d'après l'autre, c'est un mode banal de réaction de la peau comparable à ce qu'est, d'après les plus récentes recherches dermatologiques, la vésicule de l'eczéma. Il faut être très reconnaissant à ceux qui nous apportent des documents sur la question, quelle que soit d'ailleurs la conclusion à laquelle ces recherches nous conduiront dans l'avenir.

Sclérodermie circonscrite ou morphœa alba localisée au territoire du plexus cervical superficiel.

Par MM. BALZER et LECORNU.

Maria G..., âgée de 9 ans, est amenée par son père à l'hôpital Saint-Louis, au commencement d'avril 1901, pour des plaques de morphée siégeant à la partie latérale droite du cou. Son père et sa mère ont toujours été bien portants ; ils ont eu trois enfants, dont un mort à l'âge de trois ans, d'une affection pulmonaire aiguë ; les deux autres vivent encore et n'ont jamais été malades. La jeune Maria a eu seulement la rougeole à l'âge de 8 ans. Elle serait assez nerveuse et d'un caractère difficile.

C'est à la fin de l'année 1899 que l'on a remarqué, pour la première fois, sur la moité droite du cou, une petite plaque jaunâtre, arrondie, dure au toucher. Cette petite plaque n'a fait qu'augmenter depuis lors en même temps que d'autres apparaissaient en arrière de la première, en haut et en bas, jusqu'à la naissance du bras.

A aucun moment il n'y a eu de phénomènes douloureux ni de gêne dans les mouvement du cou ; aucun traitement n'a été suivi.

A l'examen, le 15 avril, on constate : 1° une première plaque au niveau du tendon du sterno-cléido-mastoïdien, allongée verticalement, élargie à sa partie supérieure. Cette plaque qui serait la première en date, présente une coloration jaunâtre au centre, légèrement saillant ; à la périphérie, un cercle violacé. A la palpation, on constate une infiltration notable de la peau qui n'est pourtant pas adhérente aux parties profondes.

2° Une deuxième plaque un peu plus haut et en arrière, le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, plus récente, et au niveau de laquelle l'infiltration cutanée est moins marquée. Ces deux placards correspondent assez bien au point d'émergence des rameaux principaux du plexus cervical superficiel.

3° Plus bas et en dehors, une longue bande fibreuse, obliquement dirigée de l'angle de la mâchoire à la partie interne et supérieure du creux axillaire. Cette bande jaunâtre, très élargie en haut, rétrécie à sa partie moyenne, se perd en bas dans une large tache violacée de la dimension au moins d'une pièce de cinq francs. Cette tache serait d'apparition récente et à son niveau on ne constate aucune induration de la peau. Cette bande scléreuse paraît correspondre assez nettement au territoire de la branche sus-acromiale du plexus cervical superficiel.

4° Enfin, en arrière et en haut, une plaque toute récente de la dimension d'une pièce de 50 centimes, jaune au centre avec liséré violacé.

Partout, la sensibilité est à peu près normale. Le diagnostic de morphée n'est pas douteux. On institue le traitement suivant : massage des placards de sclérodermie, bains sulfureux, séances d'électrolyse une fois par semaine.

Depuis que le traitement a été institué, l'aspect des lésions s'est légèrement modifié. L'infiltration cutanée a diminué sensiblement au niveau des deux placards primitifs. La bande de sclérodermie paraît se segmenter à sa partie supérieure en un certain nombre de taches isolées. La plaque violacée qui se trouvait à la partie antérieure de l'aisselle a presque disparu ; il persiste une légère pigmentation. Par contre, une plaque nouvelle est apparue en haut et en arrière et il semble se former à son niveau une autre bande fibreuse verticale.

Lorsqu'on examine ces divers placards de morphée, on remarque qu'ils siègent assez exactement sur le trajet des principaux rameaux du plexus cervical superficiel, au niveau de leur émergence, le long du muscle sterno-mastoïdien. La sclérodermie notamment suit assez bien le trajet du rameau sus-acromial du plexus cervical. L'ensemble des lésions occupe donc assez nettement le territoire cutané innervé par le plexus cervical superficiel. Nous nous bornons à mentionner ce fait

sans vouloir en tirer de conclusions précises relativement à l'origine trophoneurotique de la morphée.

Cette affection a été plusieurs fois signalée dans l'enfance; elle est plus fréquente dans le sexe féminin et se rencontrerait plus fréquemment chez les sujets nerveux, à prédisposition névropathique plus ou moins accentuée, comme semble l'être notre petite malade qui est d'un caractère très impressionnable.

Les séances d'électrolyse ont été instituées dès le début du traitement. La première séance a été conduite un peu trop énergiquement, par suite du fonctionnement défectueux de notre appareil. Les aiguilles ont produit une cautérisation superficielle un peu trop forte. Pourtant les effets vraiment satisfaisants de ces séances nous paraissent évidents. Ils ont été très nets au niveau de la plaque sus-acromiale qui est entrée en voie de régression rapide, et ils paraissent aussi manifestes sur les autres placards de sclérodermie. Suivant le conseil donné par M. Brocq, nous introduisons toujours le pôle négatif dans la peau. Le traitement sera continué ; nous lui adjoindrons sans doute le salicylate de soude dont l'emploi a été conseillé par quelques auteurs.

M. Brocq. — M. Balzer a-t-il appliqué ici un autre traitement que l'électricité ?

M. Balzer. — On a fait simplement quelques massages de la région malade.

M. Brocq. — Dans l'application de l'électrolyse, j'emploie le pôle négatif avec un peu moins d'intensité qu'on ne l'a fait sur cette malade. On peut en effet observer, si on prend un courant trop intense, des formations presque chéloïdiennes. Il faut limiter l'action de l'électrolyse et ne pas dépasser la zone malade ni en largeur ni en profondeur. On obtient ainsi des résultats excellents et la lésion s'arrête ordinairement dès la deuxième ou la troisième séance.

J'ai essayé aussi la méthode bipolaire; elle m'a donné de bons résultats ; mais ceux-ci ne m'ont pas semblé supérieurs à ceux que donne le pôle négatif.

M. Balzer. — Chez l'enfant que je vous ai présentée, l'électrolyse a été en effet appliquée un peu trop énergiquement dans la première séance. La lésion s'est d'ailleurs améliorée très rapidement. J'ai obtenu également de bons effets dans deux autres cas de sclérodermie en plaques, où j'ai appliqué ce traitement.

M. Barthélemy. — C'est avec le plus grand plaisir que je rends justice à la tentative thérapeutique de M. Brocq et de ses élèves et au traitement de la morphée par l'électrolyse. Je me réjouis des bons résultats qu'il obtient et je fais seulement quelques réserves sur l'importance qu'il attribue — si j'ai bien compris — à l'électricité négative; c'est là un point que les faits permettent de discuter, sinon d'après les cas de morphée,

qui est une maladie rare, du moins d'après les cas si fréquents de nævi vasculaires où le pôle négatif joue alors un rôle important, quoique le pôle positif ait aussi une action remarquable. Mais ce n'est pas le lieu de discuter ces points de pratique spéciale et je désire seulement rappeler à nos excellents collègues, MM. Brocq et Balzer, que, depuis que M. Brocq a employé l'électrolyse contre la morphée, l'outillage électrique s'est complètement perfectionné, on peut même dire transformé. Je veux parler de l'utilisation des courants de haute fréquence et de haute tension, inventés par Tesla, préconisés en France par d'Arsonval et mis en valeur pour la dermatologie par Oudin. Les effluves ainsi obtenues ont donné des résultats bien autrement puissants et actifs sur les lésions cutanées que les anciens modes d'électrisation et ont pu souvent remplacer l'électrolyse et dispenser de l'introduction d'aiguilles isolées d'or ou de platine sous la peau ainsi que la formation toujours possible d'escarre ou d'érythème longtemps durable ; les coagulations, au contraire, et les cicatrices sont indispensables par exemple dans le traitement de certains nævi.

Les résultats obtenus sur la morphée par les courants de haute fréquence m'ont paru ne pas différer de ceux de l'électrolyse et n'en avoir pas les inconvénients, de telle façon que je considère les effluves comme le traitement courant et l'électrolyse comme le traitement d'exception. C'est du moins, dans l'état actuel de notre outillage électrique, ce qui me semble le plus pratique, en attendant le mieux qu'on est toujours en droit d'espérer.

Les courants de haute fréquence ont une action puissante sur la circulation, sur l'innervation et même sur la transformation des agents microbiens et parasitaires de la peau — sinon directement peut-être, du moins par les modifications du milieu ; le mode d'action reste à préciser — et, par conséquent, sur certaines lésions relevant de ces causes et développées sur la peau et même sur les muqueuses. Il ne faut pas oublier que la morphée peut guérir spontanément, sans laisser de traces, c'est ce que j'ai retenu jadis d'une leçon de notre président, M. Besnier, et il faut se garder, dans certaines régions, comme la face par exemple, de provoquer pour la guérir des lésions persistantes, soit de cicatrisation, soit de coloration. Au lieu du traitement de choix, l'électrolyse ne serait donc peut-être pour la morphée que le traitement d'exception ?

M. Brocq. — Quand j'ai publié, en 1887, mes premiers travaux sur le traitement de la sclérodermie en plaques par l'électrolyse, on ne connaissait aucun traitement efficace de cette affection. Depuis lors, on a également utilisé les effluves de haute fréquence, mais celles-ci m'ont paru donner des résultats un peu moins satisfaisants que l'électrolyse dans les quelques cas que j'ai observés.

M. Besnier. — J'insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à ce que les malades fussent présentés avant tout traitement, afin que la Société puisse se rendre directement compte de l'efficacité de ce dernier.

Syphilide tertiaire simulant un chancre de la paupière.

Par M. Danlos.

X..., 23 ans, a présenté il y a deux mois un petit bouton sur le bord de la paupière inférieure droite. Depuis, ce bouton s'est ulcéré, a creusé, et aujourd'hui la malade est dans l'état suivant : la moitié interne de la paupière est détruite dans le tiers au moins de sa hauteur, par une ulcération phagédénique couverte d'un pus adhérent qui masque le fond. Les bords sont de niveau avec le fond ; tout autour de l'ulcère s'étend une infiltration dure, de coloration rouge sombre. La conjonctive est peu atteinte. Un ganglion assez gros se perçoit sous le maxillaire inférieur ; il est légèrement douloureux au toucher. L'aspect de la lésion, son processus, l'induration périphérique et le ganglion semblaient imposer le diagnostic d'accident primitif, et nous l'aurions fait certainement si la malade ne nous avait affirmé avoir eu il y a trois ans un chancre vulvaire suivi d'accidents constitutionnels. A l'appui de son dire, nous avons constaté à la région pré-sternale une périostite développée, paraît-il, depuis quelques jours.

Le pseudo-chancre est donc un accident tertiaire ; nous ne disons pas une gomme ou du moins nous ne l'affirmons pas, car la gomme est primitivement une tumeur et, d'après les commémoratifs, l'élément initial aurait été un bouton, probablement un tubercule ultérieurement ulcéré. Peu importe du reste ; le nom de la lésion élémentaire n'a d'intérêt qu'au point de vue de la nomenclature; ce qu'il faut retenir de ce cas, c'est la démonstration nouvelle d'un fait d'ailleurs bien connu, que les accidents tertiaires peuvent simuler typiquement le chancre initial.

Érythème annulaire et diabète.

Par M. Danlos.

Femme d'une cinquantaine d'années, arthritique, un peu obèse, atteinte d'une magnifique éruption d'érythème annulaire. L'affection a débuté, sans cause occasionnelle, il y a trois semaines, par une tache sous les seins. Actuellement elle occupe le tronc et la racine des membres ; la face, les avant-bras et les mains, les jambes et les pieds sont presque absolument respectés. L'éruption débute par une macule surélevée un peu ortiée, rouge vif et s'étale graduellement en guérissant au centre ; l'apparence annulaire se dessine nettement, dès que l'élément a dépassé la grandeur d'une pièce de dix sous. La plupart des anneaux atteignent et dépassent la dimension d'une pièce d'un franc ; quelques-uns ont jusqu'à 6 et 8 centimètres de diamètre ; mais, quelle que soit leur dimension, l'épaisseur de l'anneau est sensiblement la même, 3 à 5 millimètres environ. En nombre de points, les anneaux fusionnent et sur leur limite commune la rougeur disparaît (interférence). Il en résulte de grands arcs feston-

nés polycycliques à centre sain, quelquefois incomplets sur une partie de leur contour (guérison partielle) et dans l'aire desquels peuvent apparaître de nouvelles taches (récidive locale). Le caractère un peu ortié du début devient inappréciable, quand la tache dépasse la dimension d'un franc, jusque-là il persiste en s'atténuant. L'affection est très prurigineuse et des bains sulfureux intempestifs ont exagéré le prurit. Il n'y a nulle part d'urticaire, mais l'ongle provoque une plaie rouge plus persistante qu'à l'état normal. Rien du côté des muqueuses. La durée des anneaux paraît être assez longue ; la malade affirme que les mêmes persistent depuis plus de trois semaines en s'agrandissant ; nous avons constaté qu'ils pouvaient durer plus de cinq jours.

L'intérêt de ce fait est que l'érythème s'est développé chez un sujet diabétique depuis longtemps. Le sucre non dosé paraît abondant, l'urine est albumineuse, les dents sont toutes ébranlées, l'état général est bon. Y a-t-il entre l'érythème et le diabète une relation ?

M. Hallopeau. — Je crois qu'il s'agit ici d'un érythème ortié.

M. Danlos. — La longue persistance des éléments éruptifs ne permet pas d'accepter le diagnostic d'urticaire.

M. Hallopeau. — La raison invoquée par M. Danlos ne me paraît pas suffisante ; on connaît en effet des cas d'*urticaria perstans*.

Alopécie congénitale peladiforme simulant absolument la pelade.

Par M. Danlos.

Il s'agit d'une fillette de 5 ans qui se présente avec les apparences d'une pelade ophiasique. La partie décalvée s'étend comme un fer à cheval absolument symétrique de l'occiput au front. Elle mesure dans toute son étendue l'épaisseur uniforme de trois doigts environ. Elle encadre absolument la partie restée chevelue et celle-ci répond sensiblement à la partie du vertex habituellement dénudée dans la calvitie séborrhéique. En dehors du fer à cheval, existe sur la partie droite de l'occiput une plaque grande comme l'ongle couverte de cheveux follets. Dans la totalité de l'aire déglabrée, la calvitie est totale, absolue ; il n'y a pas trace de duvet. L'aspect est identiquement celui de la pelade grave : lisse, uni, brillant, non cicatriciel, sans vascularisation anormale, sans atrophie, sans trace de kératose pilaire. Sur le vertex les cheveux ont une apparence à peu près normale, bien qu'un peu courts ; ils n'ont pas l'aspect zébré du moniléthrix, n'émergent pas d'un orifice encombré de kératose, ont une adhérence solide, mais sont très clairsemés. Il n'y a sur aucun point de poils en massue. L'apparence est typiquement celle d'une ophiasis grave, et l'on ne pourrait porter d'autre diagnostic sans les renseignements fournis par la mère, car l'adhérence solide des cheveux conservés et l'absence de poils massués, bien que rares, peuvent s'observer dans la pelade ; mais la mère nous apprend que cet état est *congénital et persiste sans aucune modi-*

fication depuis la naissance malgré les médications les plus variées. Sur les parties chauves il n'y a jamais eu ni duvet ni cheveux, les limites sont restées les mêmes; et sur le vertex les cheveux n'ont jamais été en plus ou moins grand nombre qu'aujourd'hui. Sur le reste de la tête, l'enfant présente l'aspect suivant :

Les sourcils sont très peu fournis mais normaux, sauf à la partie interne, où l'on voit de la kératose pilaire s'étendant à tout l'espace intersourcilier. Les cils manquent partiellement et, au dire de la mère, il en aurait été toujours de même; ceux qui existent ont l'aspect normal. Sur la face et principalement sur la branche montante du maxillaire, duvet blond abondant bien visible à contre-jour, sans kératose pilaire. Sur la partie supérieure du dos et du thorax, pas de poils visibles, mais plus bas et sur les membres on voit çà et là d'assez nombreux follets. Un léger degré de kératose pilaire sur la face postérieure du bras. Les parents et trois autres enfants ont, paraît-il, un système pilaire normal.

Cet état qui mériterait certainement le nom de pseudo-pelade, si celui-ci n'appartenait déjà à une affection toute différente (Brocq), est à rapprocher des plaques de calvitie peladiforme et congénitale symétriquement développées sur les tempes et que l'on a voulu expliquer par l'action du forceps; l'aspect de la peau déglabrée est dans les deux cas le même et très analogue sinon identique à celui de la pelade.

M. Sabouraud. — Il ne s'agit pas ici d'atrophie à proprement parler, mais de dysgénésie pilaire. On peut en distinguer trois formes : l'absence totale de poils, l'atrophie moniliforme des poils, et la kératose pilaire congénitale. On constate chez cet enfant une absence totale de poils en certains points et une kératose pilaire manifeste dans la région intersourcilière.

Dermatose en ruban développée sur une femme syphilitique.

Par M. A. Fournier.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteinte d'une éruption papulo-squameuse disposée en ruban, et s'étendant comme un tænia du deltoïde jusqu'à la phalangette de l'auriculaire. Cette femme est atteinte de syphilis, et l'éruption est prurigineuse. S'agit-il d'une éruption syphilitique ou d'une dermatose lichénoïde ? Je crois que nous sommes en présence d'une éruption syphilitique.

Voici d'ailleurs l'observation détaillée, recueillie par M. Crouzon, interne des hôpitaux :

M. K..., âgée de 19 ans, couturière. Entrée le 23 avril 1901, salle Henri IV, lit n° 1.

Père bien portant. Mère morte d'un cancer il y a trois ans. Pas de frères

ni sœurs. N'a jamais eu « aucune maladie », même dans son enfance. Réglée à 14 ans et demi.

Premier coït à 16 ans. Pas d'affection vénérienne jusqu'à septembre 1900. A cette époque, a été examinée par un médecin qui rechercha sur elle une affection vénérienne et la déclara absolument saine. Elle entre, à la suite de cet examen, dans une maison de prostitution.

Pendant l'été 1900, elle a eu quelques « boutons aux mains ». Vers octobre apparaît au niveau de la partie moyenne du bras droit une éruption *prurigineuse*. Cette éruption, en l'espace d'un mois environ, s'étend en ruban jusqu'à l'avant-bras, puis à la main et jusqu'à l'extrémité du petit doigt. Elle devient de plus en plus prurigineuse. A ce moment, rien à la face, rien à la bouche, rien à la vulve.

Examinée à ce moment par plusieurs médecins qui considèrent cette affection comme un zona, on lui donne de l'oxyde de zinc en pommade.

Au mois de décembre, elle ressent un mal de gorge qui augmente progressivement et se localise surtout au côté droit. Pendant trois mois, *décembre, janvier, février*, elle souffre toute la nuit, elle a de la peine à avaler. La partie droite du cou augmente de volume. On lui ordonne des frictions mercurielles sur le cou.

Vers le mois de février, le Dr G... lui découvre sur le corps des « taches » et lui prescrit le *sirop de Gibert*. Depuis cette époque, elle n'a pas cessé le traitement.

Vers le mois de mars apparaît une ulcération de la lèvre supérieure qui, dans une quinzaine de jours, cède à une cautérisation faite au nitrate d'argent.

Peu de temps après, on découvre sur elle des plaques muqueuses de la bouche qui sont cautérisées au nitrate d'argent.

Au début d'avril apparaît une éruption sur le cou, prurigineuse.

A aucun moment il n'y a eu d'éruption de la vulve. Enfin, le 29 avril, apparaît une éruption sur le tronc.

Éruption du membre supérieur droit. — Elle s'étend depuis la partie supérieure du bras droit, où elle commence au niveau du bord externe, descend vers le coude en passant au niveau de la gouttière épitrochléo-olécrânienne suit le bord cubital de l'avant-bras, passe au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus, suit le bord cubital de la main et le bord cubital du petit doigt.

Elle affecte *la forme* d'un ruban dans sa plus grande étendue. Cependant elle commence par une série d'éléments formant quatre ou cinq groupes entre la partie moyenne du bras et le coude. Elle affecte ensuite la forme d'un ruban jusqu'au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus. Le ruban s'élargit à ce niveau et se sépare ensuite en deux petits rubans dont l'un suit exactement le bord externe de la main et l'autre se dirige parallèlement à ce bord, mais sur la face dorsale de la main.

L'éruption, à partir de la première phalange, reprend la forme d'un ruban unique qui court jusqu'à l'extrémité du doigt.

Ce ruban est de largeur variable : d'un demi-centimètre à 1 centimètre environ.

La nature des éléments varie suivant le point considéré : au bras, à la main, au petit doigt, ils sont groupés, confluents, et forment un ruban légèrement papuleux.

Au niveau du bras, on constate quelques éléments isolés dans les groupes qui constituent là l'éruption ; ce sont des papules légèrement squameuses. Le groupement de ces papules n'est pas circiné. Quelques-unes sont d'aspect brillant, mais ne présentent pas de quadrillage.

La couleur des papules et du ruban est jambonnée; elle devient un peu plus violacée vers la partie inférieure, au niveau du poignet et de la main.

Les squames sont blanchâtres, non brillantes. Le grattage ne détermine pas de saignement.

Cette éruption est prurigineuse. La pression du ruban fait disparaître la coloration jambonnée, en laissant subsister une coloration jaunâtre.

Éruption du cou. — Sur le cou, existe une éruption qui s'étend derrière les oreilles. On trouve quelques éléments de même nature sur le front, sur la poitrine et le dos. Elle est composée de placards ovalaires et ronds.

Chaque élément est de couleur rosée et présente à la surface de fines squames.

Cuir chevelu : séborrhée sèche.

Depuis le 29 avril, la malade étant à l'hôpital, apparition d'un érythème franchement syphilitique sur le tronc et le dos.

Érythème de couleur rosée, composé de taches ovalaires.

En deux points, ces taches ovalaires sont groupées d'une façon circinée, à savoir :

1° Au niveau de l'épigastre et un peu à droite de la ligne médiane ;

2° Au-dessus du sein droit, deux éléments circinés sont superposés.

Bouche. Pharynx. — Sur la lèvre supérieure (face interne), cicatrice d'une ulcération apparue au mois de février 1901.

Sur la langue, au niveau du bord droit, deux oasis de dépapillation.

Amygdale droite volumineuse *sans induration.* Les deux amygdales sont couvertes de plaques muqueuses confluentes ; une plaque muqueuse sur la luette.

Rien à la vulve.

Ganglions. — Un ganglion sous-maxillaire droit volumineux, douloureux.

Quelques ganglions axillaires ;

Un ganglion de l'aine à droite ;

Pas de ganglions de la nuque.

Aucun autre trouble fonctionnel ni organique.

M. Hallopeau. — La disposition en bande est bien connue en ce qui concerne les éruptions lichénoïdes. J'ai présenté ici plusieurs cas de lichen et de psoriasis offrant cette disposition. J'essaierai tout à l'heure de montrer que rien ne s'oppose théoriquement à ce qu'il en soit de même des syphilides.

M. Leredde. — De ce que vient de dire M. Hallopeau, il résulte que des éruptions diverses peuvent affecter la disposition en bande. Dans le cas qu'on nous présente, l'examen histologique permettrait de trancher immédiatement le diagnostic.

M. Gaucher. — Les éléments éruptifs consistent ici en papules squameuses psoriasiformes, qui peuvent être syphilitiques ; les syphilides zoniformes ne sont pas exceptionnelles. Pour vérifier le diagnostic, il suffira d'appliquer le traitement antisyphilitique sans avoir recours à la biopsie.

M. Jullien. — Cette dermatose rubannée doit-elle être considérée comme syphilitique ? On ne doit admettre aucun doute à cet égard. La lésion élémentaire est une papulo-squame avec tous les caractères habituels de la spécificité, et, comme pour lever toute hésitation, une syphilide érythémateuse est venue s'épanouir sur le tégument. Je vois là, pour mon compte, un exemple des syphilides zoniformes, sur lesquelles nos collègues Gaucher et Barbe ont appelé l'attention. Mais, entendons-nous bien, cette manifestation est absolument différente de celle que j'ai décrite et présentée comme zona syphilitique. Je pense en effet que, le zoster ayant été observé au cours de la plupart des infections, comme une expression d'atteinte profonde du virus, il n'y a pas lieu de contester la nature syphilitique de ceux qui se produisent au cours de la syphilis et qui attestent la toxine, comme les syphilides attestent le microbe. Or cette coïncidence est fréquente, et tout observateur peut la vérifier facilement. Je viens encore d'en observer plusieurs cas à Saint-Lazare, et mes collègues n'ont certainement pas oublié le cas si remarquable de zona thoracique syphilitique que j'ai montré à la Société il y a quelques années.

M. Barthélemy. — Je tiens à faire remarquer que ce qui est singulier dans cette éruption, c'est la disposition linéaire ou, mieux, rubannée. La cause de cette disposition nous échappe évidemment, comme tant d'autres processus de figuration éruptive ; mais supposons que la lésion ait une forme hémicircinée ou en corymbes, faits que nous n'expliquons pas davantage que certaines localisations d'ailleurs — il ne serait pas discutable que la lésion objective, que la dermatose soit une manifestation de la syphilis secondaire.

D'abord, il ne me semble pas que le mot roséole, même qualifiée de tardive, soit ici le mot propre ; il s'agit d'une manifestation dont les éléments sont bien plus accentués, plus profonds, plus saillants même et dont la plupart sont circinés, nettement figurés et hémicerclés. Je pense donc qu'il est préférable de ranger cette éruption moins parmi les roséoles que dans les syphilides érythémateuses vraies déjà systématisées, disciplinées, selon l'expression de notre cher maître, M. Fournier, et nettement figurées, dont quelques éléments peuvent même desquamer.

Quant à l'affection rubannée, elle est de date récente ; elle est contemporaine des accidents secondaires dans cette syphilis qui date déjà de près d'une année, selon toute probabilité, et elle est composée de papules fines, miliaires, serrées, fusionnées même, sorte d'infiltration papulo-squameuse, *lichénoïde* en un mot, à disposition rubannée, je le répète.

Il me souvient avoir vu une éruption de syphilis secondaire limitée à toute la partie sus-ombilicale du tronc ; elle s'arrêtait nettement à la ceinture ; pourquoi ? Dans un autre cas, l'éruption ne siégeait que sur un côté, hémilatérale ; une autre fois, elle occupait les deux membres inférieurs, à l'exclusion du reste du corps ? Pourquoi ces caprices de l'éruption ?

Je n'en sais absolument rien et je ne sais pas davantage de la disposition rubannée. Mais l'éruption en elle-même me paraît une manifestation directe de la syphilis secondaire. Or, on sait qu'à cette période les éruptions syphilitiques vraies sont essentiellement polymorphes. Les syphilides secondaires sont érythémateuses, papuleuses, eczématoïdes, psoriasiformes, ecthymatoïdes, pustuleuses, croûteuses, etc., soit d'un seul type, soit de type associé. Pourquoi ne serait-elle pas à un moment donné nettement lichénoïde ; car il s'agit d'une éruption de type lichénoïde ? Or, ce type est insuffisamment décrit ; il doit être rapproché de certaines lésions de kératose palmaire, plantaire, linguale même, et je me réserve de faire plus tard à ce sujet une communication spéciale.

M. Danlos. — La durée de cette éruption, qui persiste sans modification depuis sept mois, n'est pas en faveur de la syphilis.

M. Gaucher. — J'ai observé un cas de syphilide zoniforme qui datait de deux ans.

M. Danlos. — C'est un fait exceptionnel.

M. Fournier. — Je ferai remarquer que l'éruption de cette malade n'est pas à proprement parler zoniforme ; elle affecte la forme d'un ruban o d'un ténia.

Syphilis héréditaire tardive avec dystrophies dentaires ; syphilis cérébrale (hémiplégie et aphasie). Guérison.

Par MM. E. Gaucher, Lacapère et Henry Bernard.

Les manifestations nerveuses de la syphilis héréditaire tardive, si elles ne sont pas absolument exceptionnelles, sont du moins assez rares pour qu'il y ait un grand intérêt à appeler l'attention sur elles, chaque fois qu'on a l'occasion de les rencontrer.

La limite qui sépare l'une de l'autre la syphilis héréditaire précoce et la syphilis héréditaire tardive est purement conventionnelle. « De la façon la plus générale, dit le professeur Fournier, toute manifestation spécifique de provenance héréditaire venant à se produire dans un âge plus avancé que celui où s'observent usuellement les accidents héréditaires de la syphilis, c'est-à-dire au delà des deux ou trois premières années de la vie, rentrera dans le cadre de ce que nous appelons conventionnellement la syphilis héréditaire tardive (1). »

Comme les autres manifestations de la syphilis héréditaire et peut-être même plus que les autres, les accidents nerveux, fréquents dans la première enfance, deviennent de plus en plus rares à mesure que l'âge s'avance. M. Fournier a rapporté un certain nombre de cas (2) qui établissent d'une manière irréfutable l'existence de la syphilis

(1) A. Fournier. *La syphilis héréditaire tardive.* Paris, 1886, p. 2.
(2) A. Fournier, p. 453.

nerveuse héréditaire tardive. L'un d'eux, dû à Broabdent (1), a trait à un enfant âgé de 3 ans ; les autres, dus à Dowse (2) et à Samuel Gee (3), se rapportent à des enfants âgés de 12 et de 10 ans.

Dans ces dernières années, postérieurement à la publication des leçons de M. le professeur Fournier, ont paru quelques observations qu'il importe de rappeler brièvement ici.

En 1888, Francis Warner signale deux cas de syphilis cérébrale héréditaire dans une même famille (4). Le père, syphilitique depuis 1860, s'était marié en 1869 et n'avait plus présenté d'accidents spécifiques depuis 1870. L'un des enfants, né en 1876, mourut à l'âge de 11 ans après avoir eu pendant quatre années des accidents nerveux, que l'auteur rapporte à une méningite chronique syphilitique. L'autre enfant fut atteint, dès les premières semaines de son existence, d'accidents épileptiformes qui réapparurent par intervalles jusqu'à 6 ans. A l'âge de 9 ans, à la suite d'une maladie intercurrente, il fut atteint d'hémiplégie gauche complète avec athétose. Dans les deux cas, le traitement mercuriel resta sans effet.

En 1891, le professeur Charcot, dans une des leçons cliniques professées à la Salpêtrière (5), rapporte l'observation d'une femme de 30 ans atteinte tout à coup de crises épileptiformes brachiales, qu'il considère comme un accident dû à la syphilis héréditaire tardive.

Il base son diagnostic sur l'absence de toute trace de syphilis acquise, sur l'existence d'une céphalée à type nocturne ayant persisté pendant quatre mois, pour disparaître spontanément quelque temps avant l'apparition des crises nerveuses, sur l'existence d'un coryza accompagné de nécrose des cartilages du nez, sur l'existence d'une névrite optique et d'une atrophie choroïdienne. Il conclut au diagnostic de pachyméningite gommeuse.

En 1892, M. Gilles de la Tourette signale le cas d'un jeune homme de vingt ans, atteint d'une paralysie des quatre membres avec diplopie et léger embarras de la parole (6). L'absence d'antécédents de syphilis acquise, les dystrophies dentaires, les antécédents maternels, dans lesquels on relevait quatre fausses couches, permirent d'établir le diagnostic de méningite de la base chez un hérédo-syphilitique.

A côté de ces observations, celle que nous rapportons ci-dessous mérite d'occuper une importante place tant à cause de la forme des

(1) BROABDENT. *The Lancet*, 1874.

(2) DOWSE. *Syphilis of the brain and the spinal cord*, New-York, 1899.

(3) S. GEE. *Saint Bartholomew's hospital Reports*, 1880, t. XVI, p. 35.

(4) F. WARNER. Deux cas de syphilis cérébrale héréditaire dans une même famille. Anal. in *Bull. médical*, 1888, p. 1339.

(5) Un cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive ; leçon du professeur CHARCOT recueillie par M. SOUQUES, publiée in *Bull. médical*, 1891, p. 131.

(6) GILLES DE LA TOURETTE. Syphilis nerveuse héréditaire tardive. *Bull. de la Soc. de derm. et de syph.*, 7 juillet 1892.

accidents qu'à cause de la façon dont le diagnostic est venu se préciser de lui-même, après la guérison des phénomènes nerveux, par l'apparition de lésions cutanées incontestablement syphilitiques. Le caractère le plus important de cette observation est la nature de la lésion encéphalique, qui paraît avoir été une *artérite cérébrale* et non une méningite gommeuse, comme dans les autres cas publiés jusqu'ici.

Louise X..., âgée de 19 ans, imprimeuse, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Littré, le 14 mars 1900, à 10 heures du soir. Elle est dans un état de demi-coma d'où elle sort momentanément quand on l'interroge, mais il lui est impossible de prononcer la moindre parole pour se faire comprendre. Tout ce que nous savons de ses antécédents, c'est qu'elle est accouchée à terme, un mois avant son entrée à l'hôpital.

Elle indique qu'elle souffre du côté droit du thorax. L'examen de la malade décèle une hémiplégie droite complète avec aphasie. L'auscultation du poumon est négative. On constate à l'auscultation du cœur un bruit de galop très net siégeant au-dessus de la pointe. La malade a des pertes rouges peu abondantes, mais légèrement odorantes. On sent par la palpation abdominale le corps de l'utérus un peu gros au-dessus du pubis. Le col est entr'ouvert et l'index peut y pénétrer d'un centimètre environ. Il existe un œdème assez prononcé des deux membres inférieurs, avec un réseau sous-cutané bien dessiné.

Les urines, examinées immédiatement, contiennent une petite quantité d'albumine.

La température vaginale est de 39°,6. Le pouls est accéléré, mais plein.

Le diagnostic porté est le suivant : infection puerpérale avec métrite, phlébite double des fémorales, embolie pulmonaire expliquant la douleur thoracique, provenant de la thrombose des veines fémorales ou utérines. Enfin, pour expliquer l'hémiplégie et l'aphasie, on fait l'hypothèse de coagulation fibrineuse dans un cœur légèrement dilaté et présentant un bruit de galop très net, ayant provoqué une embolie cérébrale.

En raison de ces accidents vasculaires, on ajourne momentanément toute intervention sur la muqueuse utérine ; la malade est mise au repos complet avec régime lacté absolu ; quelques ventouses scarifiées sont appliquées sur le thorax, au niveau du point douloureux.

Le lendemain 15 mars, l'hémiplégie est complète et atteint même le territoire du facial supérieur, bien qu'à un degré beaucoup moindre que celui du facial inférieur. L'aphasie motrice est complète ; mais il n'existe ni cécité ni surdité verbales, et la malade, qui comprend tout ce qu'on lui dit, s'exprime très bien par gestes. Il lui est impossible de tirer la langue.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité cutanée. Le seul trouble sensitif consiste dans une douleur assez vive à la pression des masses musculaires du mollet et de la cuisse.

Le pouls radial du côté droit est à peine perceptible ; le membre supérieur droit dans sa totalité est plus froid que le reste du corps.

L'examen des organes génitaux et du cœur donne les mêmes résultats

que la veille. Le point de côté a presque disparu depuis l'application des ventouses et l'auscultation du poumon est toujours négative.

Les urines contiennent encore une petite quantité d'albumine.

La température est de 39°,8, mais l'état général est bon et l'abattement beaucoup moindre que la veille.

Le diagnostic d'accidents puerpéraux paraît probable ; la malade est laissée au régime lacté absolu, auquel on ajoute 3 gr. d'acétate d'ammoniaque.

Pendant les jours qui suivent, l'état général s'améliore, la température s'abaisse progressivement, de manière à atteindre la normale le 23 mars ; l'albumine diminue notablement ; les pertes rouges cessent complètement. Le bruit de galop devient de moins en moins net, puis disparaît. *L'hémiplégie et l'aphasie persistent seules, sans aucune modification.*

Entre temps nous apprenons, tant de son entourage que du service d'accouchement où elle a séjourné, que cette femme a accouché, un mois avant son entrée à l'hôpital, d'un enfant à terme, mais qui est mort quelques jours après sa naissance. Le jour de l'accouchement on constata de l'albuminurie et, pendant la nuit qui suivit, la malade eut une attaque d'éclampsie. Cependant ses suites de couches furent normales, et onze jours après l'accouchement, elle quittait l'hôpital. Elle conservait à ce moment des traces d'albumine dans l'urine, et on lui recommanda de rester au régime lacté absolu pendant quelque temps.

Rentrée chez elle, la malade se sent très fatiguée ; il lui est impossible de travailler et elle se met au lit. Depuis son accouchement, elle continuait à perdre du sang en petite quantité ; chez elle ces pertes augmentent, mais elles ne s'accompagnent pas de douleurs utérines ni abdominales. Cinq jours après sa sortie de l'hôpital, la malade est prise brusquement, pendant la nuit, d'une violente douleur dans le côté droit du thorax, avec dypsnée intense, mais sans toux ni hémoptysie. Cette douleur persiste les jours suivants. Cinq jours après, le 10 mars, la malade, voulant se lever de son lit, perd connaissance et tombe. C'est alors qu'on l'amène à l'hôpital.

Ces renseignements, ainsi que l'évolution des accidents, la persistance de l'hémiplégie et de l'aphasie, venaient en confirmation du diagnostic d'embolie cérébrale porté à l'entrée de la malade.

En dehors de cette cause, seule la syphilis pouvait réaliser, par artérite cérébrale, le même ensemble symptomatique.

Mais les renseignements fournis par la malade étaient les suivants :

Ses rapports sexuels ont précédé de fort peu le début de la grossesse ; elle n'a jamais présenté aucun accident qui rappelât un chancre ou des manifestations secondaires et ne porte aucun stigmate de syphilis acquise.

L'interrogatoire du père de l'enfant nous manque ; mais nous avons appris, par les notes qui nous ont été fournies par le service d'accouchements, que cet enfant, mort quelques jours après sa naissance, ne présentait aucune trace de syphilis.

L'enquête sur l'état pathologique de sa famille nous a donné les résultats suivants :

La mère paraît bien portante; elle n'est atteinte actuellement d'aucun accident. Le père, qui depuis trois ans vivait séparé de sa femme, est mort au mois de février 1901, à la suite d'accidents cérébraux ayant duré quatre jours. Deux des enfants, âgés actuellement de 26 et de 22 ans, sont bien portants ; ils ne présentent pas d'altérations dentaires ; trois autres enfants, nés après notre malade, sont également en bonne santé; leurs dents ne sont pas altérées. Une sœur de notre malade, née après elle, est morte, paraît-il, à l'âge de sept mois, d'une affection indéterminée.

Une seule raison pouvait nous faire songer à la syphilis, c'est l'aspect des dents de la malade dont nous n'avons pas encore parlé.

Les dents, qui sont au nombre de 14 en bas, de 13 en haut, une des secondes prémolaires ayant été extraite et les dents de sagesse n'ayant pas encore paru, sont régulièrement implantées sur le bord libre des maxillaires. Elles sont de fort petite taille et nettement séparées les unes des autres par un espace libre.

En bas, les quatre incisives sont très petites, mais, à part leur nanisme, ne présentent qu'une très légère érosion sur leur bord tranchant.

Les canines présentent une remarquable atrophie du sommet; à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs, existe un brusque étranglement, au-dessus duquel on trouve le cuspide très atrophié et ressemblant à une pointe implantée sur le reste de la dent.

En haut, les incisives médianes, dentelées au niveau de leur bord libre, présentent une atrophie du sommet tout à fait analogue à celle des canines inférieures. Les incisives externes, effilées au niveau de leur extrémité libre, ont une forme normale, mais sont un peu petites; les canines supérieures présentent une atrophie du sommet plus marquée que les canines inférieures ; enfin les quatre premières molaires sont érodées sur leur face triturante. Cette particularité est très importante, car les cuspides de ces dents sont les seuls qui se calcifient pendant la vie intra-utérine (1).

(1) M. le Dr GIRES, dentiste, a bien voulu examiner complètement la mâchoire de la malade et m'a remis la note suivante :

« Sur le moulage de la bouche, pris au godiva, on peut constater que les maxillaires sont de dimensions normales et la voûte palatine longue et bien conformée.

« Toutes les dents sont définitives; pas une seule dent de lait n'a persisté. Elles sont implantées régulièrement selon une courbure elliptique régulière et normale. Cependant, la seconde prémolaire supérieure gauche manque; elle a été extraite vers l'âge de 12 ans, et les molaires se sont un peu avancées pour combler l'espace laissé vide par l'extraction. La dentition définitive a donc été complète, la malade présentant 14 dents en bas et 13 en haut. Les *dents de sagesse* ne sont pas encore poussées.

« Les quatre secondes molaires (dents de 12 ans) sont normales.

« Les quatre *premières molaires* (dents de six ans) sont atrophiées et plus petites que la normale. Elles portent toutes des caries sur leur face antérieure.

« Toutes les quatre ont leur couronne divisée en deux segments par un sillon

En résumé, bien que les incisives supérieures ne présentent pas le type décrit par M. Hutchinson comme pathognomonique de l'hérédo-syphilis, les diverses altérations des dents, microdontisme, amorphisme, atrophies cuspidiennes, érosions, sont suffisantes pour évoquer l'idée d'une infection spécifique héréditaire.

C'est en nous basant uniquement sur l'état des dents que, le 24 mars, nous nous résolvons à mettre la malade au traitement mixte : frictions mercurielles et administration quotidienne de 4 grammes d'iodure de potassium.

Ce traitement attestait son efficacité dès le lendemain.

Le 25 mars, la malade prononce quelques monosyllabes et peut exécuter quelques mouvements de la main droite.

L'amélioration s'accentue rapidement de jour en jour ; dès le 29 mars, la parole est redevenue presque normale ; tous les mouvements du bras et de la jambe sont possibles, quoique pénibles encore. Quinze jours après le

horizontal et circulaire. Le segment voisin du maxillaire est normal ; l'autre segment est atrophié, petit, et la face triturante qu'il supporte est érodée, rugueuse, anfractueuse. Les lésions de cette dent sont intéressantes, car la première molaire est la seule dent dont la calcification commence pendant la vie fœtale, et cette calcification débute par la portion cuspidienne ou triturante, justement celle qui est érodée et atrophiée ici.

« Les sept *prémolaires* (l'une, avons-nous dit, ayant été extraite) sont de forme et de dimensions normales ; l'une d'elles, la seconde inférieure gauche, est en rotation de 90° sur son axe ; les cuspides, au lieu d'être l'un interne, l'autre externe, sont l'un antérieur, l'autre postérieur.

« Les quatre *canines* sont courtes et arrondies ; à leur sommet se trouve un petit tronçon pointu, de forme conique, qui semble séparé du reste de la couronne par un sillon profond qui fait tout le tour de la dent.

« Les quatre *incisives inférieures*, très petites, *véritables dents naines*, espacées les unes des autres, ont leur bord incisif usé, devenu plat, au lieu d'être tranchant comme il devrait l'être chez une jeune fille de cet âge.

« Les *incisives latérales supérieures* semblent un peu plus ovoïdes et plus petites qu'elles ne le sont normalement.

« Les *incisives médianes supérieures* présentent des lésions intéressantes : très légèrement en rotation sur leur axe, leur couronne est, comme nous l'avons déjà vu pour plusieurs dents, séparée en deux segments par un sillon circulaire profond. A la face antérieure, ce sillon présente une légère convexité en haut. Le segment supérieur voisin du collet est arrondi, lisse et régulier, parfaitement normal. Le segment inférieur, qui comprend un peu plus du tiers de la hauteur de la couronne, est atrophié, moins épais dans le sens antéro-postérieur, moins large dans le sens transversal que le segment supérieur. Sa face antérieure est jaunâtre, rugueuse, creusée d'anfractuosités.

« Ces incisives centrales ne ressemblent pas à la dent décrite par Hutchinson et qui est « un ovoïde aplati dont le pôle inférieur apparaît comme coupé par un coup d'ongle ». Elles ne peuvent être confondues avec la dent en *tournevis*, car leur diamètre est aussi grand à leur bord libre qu'à leur sommet. Ce sont des dents érodées tout banalement.

« Le segment de leur couronne mal formé correspond à la portion qui se calcifie dans les trois premières années de la vie. »

début du traitement, la marche est possible. Cependant, en raison de la persistance des traces d'albumine dans l'urine et d'un léger œdème des membres inférieurs, la malade est maintenue au repos.

Le 7 avril, les frictions sont remplacées par des injections quotidiennes de benzoate de mercure à la dose de 2 centigrammes. Œdème et albumine disparaissent bientôt et, à partir du 20 avril, le retour à l'état normal est à peu près complet. Le bras droit présente encore quelque faiblesse. La jambe a repris toute sa force.

Le 24 mai, la malade sort de l'hôpital en parfait état.

L'épreuve du traitement venait donc de démontrer la nature spécifique de l'affection ; la rapidité de l'amélioration s'explique ici par ce fait, que les accidents étaient de date récente. Mais cette rapidité même, véritablement extraordinaire, avait suffi pour éveiller le doute chez quelques-uns de ceux qui avaient assisté à l'évolution des accidents. L'idée d'une hémiplégie hystérique avait été évoquée et jusqu'à la confirmation, véritablement péremptoire, que les événements viennent de donner au diagnostic de syphilis héréditaire, nous avions hésité à publier cette observation, peut-être unique dans la littérature médicale, par la localisation artérielle de la syphilis cérébrale héréditaire.

Il y a quelques jours, en effet, le 20 avril 1901, un an environ après être sortie de l'hôpital, la malade se présentait de nouveau à notre consultation.

Depuis son départ, elle n'a suivi aucun traitement et elle présente actuellement aux deux jambes des ulcérations gommeuses datant déjà de plusieurs mois.

A la jambe droite, l'ulcération, qui siège du côté interne 20 à 30 centimètres au-dessus de la malléole, présente un grand axe vertical. Sa largeur est de 8 à 10 centimètres, sa hauteur de 12 à 15 centimètres. L'ulcère est polycyclique et présente, à sa partie supéro-antérieure, une petite ulcération non encore confondue avec la large surface ulcérée. Le fond est d'un rose vif ; le bord, violacé et légèrement surélevé, est taillé à pic ; il s'entoure d'une zone pigmentée large de 3 à 4 centimètres.

A gauche, on constate une ulcération à la partie externe de la jambe. De forme circulaire, d'un diamètre de 6 à 8 centimètres environ, cette ulcération présente, comme celle de la jambe droite, un fond rouge, un bord violacé, taillé à pic, moins découpé. Du même côté, deux cicatrices, de la largeur d'une pièce de 1 franc, montrent une portion centrale blanche et lisse, entourée d'une zone pigmentée, qui s'estompe peu à peu pour se confondre avec la peau saine.

En dedans, il existe une ulcération large comme une pièce de 50 centimes. A côté d'elle, sont deux cicatrices analogues à celle que nous venons de décrire du côté externe. Une zone pigmentée englobe l'ulcération et les cicatrices.

L'ulcération de la jambe droite a débuté au mois de juillet 1900, à la

suite d'une excoriation due au grattage, et depuis s'est étendue progressivement. Les ulcérations de la jambe gauche sont apparues une quinzaine de jours plus tard, certaines ulcérations guérissant tandis qu'il en apparaissait de nouvelles.

Ces ulcérations, absolument indolentes, présentent tous les caractères des ulcérations gommeuses et leur existence est véritablement la signature de la syphilis.

L'examen de la malade montre qu'à l'hémiplégie a succédé un certain degré d'atrophie. Le bras et l'avant-bras droits sont plus faibles que le bras et l'avant-bras gauches. La main serre moins vigoureusement ; les éminences thénar et hypothénar sont aplaties ; les muscles interosseux sont atrophiés.

La joue droite est un peu plus plate que la gauche ; dans le rire la commissure labiale gauche se relève plus que la droite. Si la malade veut tirer la langue, celle-ci se dévie du côté droit. Mais, en somme, ces troubles atrophiques sont peu marqués ; ils ont besoin, pour ne pas passer inaperçus, d'être recherchés avec soin. La jambe droite ne paraît pas atrophiée. La parole est nette et précise.

Les autres organes sont en bon état; l'état général est excellent.

La malade est mise au traitement mixte : 2 pilules de 1 centigramme de sublimé et 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Ainsi la syphilis, soupçonnée d'après l'état des dents, a confirmé son existence par l'action curative manifeste du traitement mercuriel et par l'apparition ultérieure d'accidents tertiaires cutanés : des gommes localisées aux jambes.

Ces derniers accidents, les gommes, nous permettent non seulement de poser en toute certitude le diagnostic de syphilis, elles permettent aussi d'affirmer la nature héréditaire de cette syphilis. La malade a accouché en effet au mois de février 1900, et les premiers rapports sexuels ont donné lieu à la conception. S'il s'était agi d'une syphilis acquise conceptionnellement, celle-ci aurait donc été contractée pendant le mois de juin 1899 au plus tôt et peut-être plus tard.

Il serait exceptionnel que cette syphilis eût donné, moins d'un an après son début, une *artérite cérébrale* et tout à fait impossible qu'elle eût occasionné, en juillet 1900, treize mois environ après son début, des accidents d'ordre nettement tertiaire, des *gommes localisées*.

Nous sommes donc définitivement conduits au diagnostic de syphilis héréditaire tardive.

L'observation précédente se résume comme il suit : syphilis héréditaire caractérisée seulement par des dystrophies dentaires.

A 20 ans, sans qu'aucun accident antérieur soit venu rappeler l'existence de cette syphilis, ictus apoplectiforme suivi d'hémiplégie droite complète avec aphasie, qui cèdent en quelques semaines au traitement mercuriel.

Enfin, quelques mois après, apparition de gommes des jambes, venant confirmer d'une façon éclatante le diagnostic de syphilis.

Cette observation tranche nettement sur celles qui ont été publiées jusqu'à présent. Dans tous ces cas l'évolution des accidents a été assez lente ; il s'agissait presque toujours de méningite gommeuse. Dans notre observation il s'agit, au contraire, d'une *artérite syphilitique* absolument identique à l'artérite de la syphilis acquise. La localisation est celle que l'on retrouve le plus ordinairement dans l'artérite syphilitique tertiaire : branche antérieure de la sylvienne irriguant la région motrice fronto-pariétale et le pied de la 3e circonvolution frontale (circonvolution de Broca) ; cette lésion, siégeant à gauche, a déterminé l'hémiplégie droite complète avec aphasie. Le début par ictus, sans prodromes, se retrouve également dans l'artérite de la syphilis acquise, quoique le plus souvent l'ictus soit précédé de prodromes et que les lésions s'établissent d'une façon progressive. Ajoutons que, si ce début est rare dans la syphilis acquise, il est absolument exceptionnel dans la syphilis héréditaire tardive, où les accidents cérébraux présentent ordinairement l'un des modes de début décrits par M. le professeur Fournier sous les noms de forme épileptique, forme céphalalgique, forme mentale. D'après notre observation, il faut donc admettre, de plus, une *forme apoplectique et hémiplégique*,

M. Hallopeau. — J'ai présenté, en novembre dernier, avec notre collègue, M. Edmond Fournier, à la Société un malade atteint d'altérations semblables des dents ; nous avons posé la question de savoir si elles devaient être ou non considérées, à côté du type d'Hutchinson, comme caractéristiques de la syphilis héréditaire ou seulement, comme on l'a admis jusqu'ici, comme des dystrophies pouvant résulter de causes diverses ayant pour caractère commun d'enrayer le développement des prémolaires. Nous nous sommes livrés à cet égard à une enquête qui n'est pas encore terminée. Je puis dire cependant que d'après les faits observés dans les hôpitaux d'enfants, ainsi qu'à Berck et à Bicêtre, ces lésions si particulières coïncident dans la grande majorité des cas avec des stigmates de syphilis héréditaire. Le fait de M. Gaucher est un nouvel et frappant exemple de cette corrélation.

M. Gaucher. — Les dentistes attachent également une grande importance à cette lésion des premières molaires, car ce sont les seules dents, j'insiste sur ce fait, dont les cuspides se cacifient pendant la vie intra-utérine.

M. Jullien. — Qu'est devenu l'enfant de cette femme ?

M. Gaucher. — L'enfant est mort quelques jours après sa naissance, sans avoir présenté aucun signe de syphilis. J'ajoute qu'il ne peut être question chez cette femme de syphilis conceptionnelle, car les premiers rapports sexuels ont précédé de peu le début de la grossesse et l'artérite cérébrale s'est manifestée neuf mois après ; de plus, l'enfant ne présentait

aucune lésion; enfin, des gommes sont apparues un an seulement plus tard.

M. JULLIEN. — M. Gaucher a-t-il examiné le père de l'enfant ?

M. GAUCHER. — Le père a disparu, et je n'ai pu l'examiner.

M. FOURNIER. — Voici un cas d'hérédo-syphilis cérébrale survenue à l'âge de 19 ans. Ce fait est rare; la plupart des cas se développent à 5, 10, 15 ans; ils s'observent rarement après 18 ans. J'en ai vu cependant un exemple à 22 ans. Nous savons d'ailleurs que la syphilis héréditaire tardive peut se manifester à un âge beaucoup plus avancé qu'on ne le pensait autrefois.

Le fait présenté par M. Gaucher est extrêmement intéressant; notre collègue a eu le bonheur de préserver sa malade d'une mort à peu près certaine, grâce à la sûreté de son diagnostic, et ce dernier n'a reposé que sur un seul signe, l'altération des premières molaires.

Parmi les stigmates dentaires de l'hérédo-syphilis, la première place appartient à l'échancrure de Hutchinson, en second lieu vient l'altération des premières grosses molaires; il faut placer en troisième lieu la dent dite en tournevis.

M. BARTHÉLEMY. — Je ne saurais trop insister, pour ma part, sur l'importance du cas que vient de nous relater M. Gaucher et qui nécessiterait une longue appréciation.

Je suis convaincu que dans une Société de médecine générale, le cas serait contesté, ou paraîtrait plus que discutable. Je pense au contraire que M. Gaucher a eu raison et que, comme l'a si bien dit M. Fournier, il a sauvé la vie de sa malade. Le cas doit donc être retenu et répandu, car il n'est pas unique et d'autres médecins pourront se trouver dans le même cas et rendre le même service. Le tout, dit-on, est de penser à la syphilis et d'admettre son action comme possible; dès lors, le malade peut être guéri. Je ne dis pas qu'il le sera dans tous les cas, mais dans l'autre alternative il n'a aucune chance de guérir. Le fait d'avoir fait le diagnostic *par les dents seules* est capital; car il peut servir d'exemple pour beaucoup de cas où il n'y a pas de paralysie, ni d'accidents graves de la peau ou des os; il peut donner des indications précieuses sur la santé possible de personnes chez lesquelles ce symptôme d'hérédité parasyphilitique peut, comme j'en ai vu, exister seul.

Dermite artificielle par application de laudanum de Sydenham.

Par M. E. BODIN.

Je viens d'observer un cas de dermite artificielle d'intensité assez grande à la suite d'une application de laudanum de Sydenham; ce fait m'a paru intéressant à noter, car je n'en ai pas rencontré de semblables dans les ouvrages classiques qui traitent des affections cutanées.

Voici l'observation de mon malade, que je résumerai autant que possible:

M. X..., 50 ans, ne présente dans ses antécédents qu'un seul fait qui soit intéressant à relever. Jouissant d'une bonne santé il eut, il y a un an environ, une grippe assez forte après laquelle il ressentit un jour une douleur assez vive dans l'oreille droite. Afin de calmer cette douleur, il introduisit dans le conduit auditif externe un petit tampon de coton imbibé de laudanum. La douleur se calma rapidement, mais au bout de trois ou quatre heures le malade vit survenir un gonflement et une rougeur intenses qui gagnèrent tout le pavillon de l'oreille et s'étendirent même de quelques centimètres tout autour. Un médecin fut appelé et constata que le conduit auditif était obstrué par un soulèvement épidermique étendu contenant une sérosité claire analogue à celle d'une phlyctène de vésicatoire. Toutes les parties atteintes étaient le siège d'une cuisson assez vive. On prescrivit des applications de compresses imbibées d'eau bouillie, et dix jours après les lésions avaient disparu en presque totalité, ne laissant plus qu'une légère rougeur.

Depuis ce moment, rien à signaler dans l'histoire du malade.

Le 22 février 1901, ayant ressenti dans la soirée une douleur vague au niveau de la fosse iliaque droite, le malade, avant de se mettre au lit, appliqua sur cette région un tampon de coton assez large imbibé de laudanum, et pendant un certain temps il maintint ce tampon sur la fosse iliaque à l'aide de la main droite.

Le lendemain, au niveau de la fosse iliaque, sur toute l'étendue de la région mise en contact avec le laudanum, rougeur vive avec gonflement et sensation très marquée de cuisson ; au centre de cette région, il s'est produit trois ou quatre soulèvements bulleux remplis d'une sérosité claire. Enfin, à la base de la main droite, sur la face antérieure de l'avant-bras, aux points qui avaient été en contact avec le tampon d'ouate imbibé de laudanum, mêmes lésions, mais moins étendues.

Le 25. La rougeur s'est accrue au niveau de la fosse iliaque et forme un vaste placard étendu depuis l'épine iliaque supérieure et antérieure jusqu'à la ligne médiane et mesurant 10 à 12 centimètres de hauteur. Les soulèvements bulleux ont crevé, et on note à leur niveau un léger suintement.

Toute cette région étant le siège d'une vive cuisson, on prescrit des lotions à l'eau d'amidon et des applications de cold-cream frais.

2 mars. Les lésions de la fosse iliaque comme celles de l'avant-bras sont presque complètement terminées ; il ne persiste plus qu'un peu de rougeur avec une légère desquamation.

En présence de ce fait et en le rapprochant de celui que j'ai signalé dans les antécédents du malade, le diagnostic de dermite artificielle par application de laudanum me paraît indiscutable, mais on peut se demander si le laudanum dont on a fait usage ne présentait pas quelque altération pouvant expliquer son action irritante pour la peau. J'ai donc fait rechercher si le laudanum restant dans le flacon dont le malade s'était servi ne s'était pas altéré. Mais l'analyse a montré que le médicament était parfaitement normal. On peut donc conclure après cette observation que la peau de certains individus

est douée d'une susceptibilité toute particulière vis-à-vis de certains médicaments réputés non irritants et tels que le laudanum de Sydenham.

M. Bourges. — Je connais une dame chez qui toute application de laudanum sur les téguments est suivie d'une dermite érythémateuse analogue.

Action d'appel d'une brûlure sur la production d'une syphilide. Enfant hérédo-syphilitique.

Par M. G. Baudoin.

Voici une femme de 38 ans, qui présente trois placards de syphilides papulo-squameuses exfoliatrices, situés l'un à la partie latérale droite du cou, la seconde sur le thorax, un peu au-dessous et en arrière de l'aisselle gauche, le troisième à la région orbitaire gauche où il enchasse l'œil en haut, en bas et en dehors. Les deux premiers de ces placards ont apparu simultanément vers la fin de mai 1900, le troisième, à la fin de décembre seulement. Ce dernier a débuté au voisinage de l'angle interne de l'œil gauche, au niveau d'une brûlure produite en septembre précédent, par de l'alcool enflammé ; en outre, on constate sur la muqueuse buccale une plaque très nette de leucoplasie. Les caractères objectifs de ces lésions ne laissent aucun doute sur leur nature spécifique.

Cette femme, mariée en 1885, a eu cinq enfants dont les quatre derniers sont morts en bas âge d'accidents qualifiés de méningite, après avoir tous présenté aux fesses des manifestations cutanées. L'aînée seule de ces cinq enfants a survécu, c'est une jeune fille que nous présentons avec la mère et qui a été souvent malade : actuellement, elle montre au niveau des dents incisives la déformation en tournevis si caractéristique de l'hérédo-syphilis.

En résumé : polymortalité infantile. Stigmates dentaires d'hérédo-syphilis chez le seul enfant survivant ; d'autre part, chez la mère, action d'appel exercée par une brûlure sur la production d'une plaque de syphilides ; tels sont les points intéressants de cette observation.

M. Leredde. — On constate, à la face interne de la joue gauche, un petit îlot de leucoplasie, qui suffirait à faire soupçonner la syphilis, s'il pouvait y avoir quelque doute à cet égard.

Sur l'huile iodée, biiodurée et iodo-biiodurée.

Par M. L. Lafay.

I. Huile iodée. — J'ai l'honneur de présenter à la Société deux échantillons d'huile iodée : l'une, d'origine allemande, renferme 25 p. 100 d'iode ; l'autre, de fabrication française, en contient 40 p. 100.

Le produit allemand que vous avez sous les yeux est celui qui, à

différentes reprises, a sollicité les faveurs du corps médical, sous le nom d'iodipine. Il posséderait, au dire du fabricant, tous les avantages thérapeutiques de l'iodure de potassium, d'autres en plus, sans en avoir les inconvénients.

En présence d'affirmations aussi alléchantes, plusieurs médecins — et en particulier M. le D[r] Barthélemy, que je suis heureux de remercier ici — m'engagèrent à étudier ce nouveau médicament. J'acceptai volontiers, m'intéressant d'autant plus à ce travail que par ma thèse sur l'élimination de l'iode et des iodures, j'étais plus familiarisé avec la question.

Je ne m'en suis pas moins heurté à de très grosses difficultés théoriques et pratiques ; mais aujourd'hui le problème est résolu au delà de mes espérances, car la préparation que je vous soumets offre le double avantage de nous affranchir du tribut de l'étranger et d'être bien supérieure au produit allemand, tant par ses caractères objectifs que par sa teneur en iode.

Il est un autre point également intéressant que ce travail m'a permis d'établir : en fouillant un peu la bibliographie de l'huile iodée, on constate qu'il existe en notre faveur une question de priorité, autrement dit, si le produit à 25 p. 100 d'iode est bien de production allemande, l'idée est d'origine française.

Déjà en 1848, dans la *Gazette des hôpitaux*, Marchal (de Calvi) (1) avait proposé de remplacer l'huile de foie de morue par l'*huile iodée* administrée en nature ou en émulsion.

En 1850, Personne, pharmacien en chef à l'hôpital du Midi, et Deschamps (d'Avallon) proposent, séparément, des formules d'huile iodée qui font l'objet d'un long rapport de Guibourt (2) à l'Académie de médecine. Ricord à l'hôpital du Midi et Gibert à Saint-Louis, vantent les propriétés résolutives de l'huile iodée qu'ils déclarent très supérieure à l'huile de foie de morue.

Il convient de noter au passage que l'huile employée par Marchal (de Calvi) diffère notablement de celle obtenue par Personne ou Deschamps. La première, très riche en iode, est une simple dissolution de ce métalloïde dans l'huile, tandis que le produit obtenu par les méthodes de Personne et de Deschamps ne contient, il est vrai, que 5 grammes d'iode par litre, mais cet iode s'y trouve à l'état de véritable combinaison organique.

Néanmoins, il faut le reconnaître, le procédé allemand constituait un réel perfectionnement, en ce qu'il substituait à l'huile d'amandes

(1) MARCHAL, de Calvi. *Gazette des hôpitaux*, 1[er] février 1848, et *Rapport de l'Académie de médecine, Journal de pharmacie*, 1850, t. XX, p. 170.

(2) GUIBOURT. Rapport à l'Académie de médecine sur les notes de Personne, de Deschamps et Marchal, de Calvi. *Journal de pharm. et chim.*, 1850, t. XX, p. 169-175.

douces primitivement adoptée, une huile de *type chimique incomplet :* l'huile de sésame, sur laquelle il faisait agir non plus l'iode lui-même, mais un de ses dérivés.

L'iode, en effet, ne se fixe sur les huiles même incomplètes qu'avec une grande difficulté et, si l'on essaie d'obtenir, par action directe, des produits plus riches en iode, les huiles s'altèrent profondément. Aussi a-t-on cherché des moyens détournés pour préparer les huiles iodées; les Allemands, par exemple, ont eu recours à l'action du protochlorure d'iode. Nous montrerons plus loin les inconvénients de cette méthode.

Les huiles de *type chimique incomplet* comme l'huile d'œillette ou l'huile de sésame sont essentiellement constituées par les glycérides des acides stéarique $C^{18} H^{36} O^2$, palmitique $C^{16} H^{32} O^2$, oléique $C^{18} H^{34} O^2$ et linolique $C^{18} H^{32} O^2$. Certains auteurs signalent en outre dans l'huile d'œillette, la présence de l'acide linolénique $C^{18} H^{30} O^2$, corps très incomplet, comme on le voit. Ces derniers acides *ne sont pas saturés* et possèdent la propriété de fixer *directement* le chlore, le brome, l'iode, les acides chlorhydrique, bromhydrique, iodhydrique, le chlorure d'iode, etc.

Il en est de même de leurs glycérides, de telle sorte que si l'on traite par ces mêmes réactifs les huiles d'œillette et de sésame, on obtient des huiles chlorées, bromées, iodées, dans lesquelles le chlore, le brome ou l'iode fait partie de la molécule organique, au même titre que les autres éléments qui la composent : ils ne peuvent plus être décelés par leurs réactifs habituels, qu'après la destruction de cette molécule, par calcination en présence des alcalis, par exemple.

Fait-on réagir, sur ces huiles, le protochlorure d'iode ICl ? Ce composé se fixe intégralement, et l'on obtient une huile renfermant à la fois du chlore et de l'iode : pour chaque atome d'iode fixé, l'huile renferme en outre, un atome de chlore. *C'est le cas du procédé allemand.*

Emploie-t-on, au contraire, comme je l'ai fait, l'acide iodhydrique ? Il se produit une huile iodée par fixation directe de cet agent.

Cette méthode n'est d'ailleurs pas nouvelle : c'est elle qu'on emploie d'ordinaire en chimie organique, pour la préparation des acides gras iodés, le chlorure d'iode ne donnant que des dérivés chloro-iodés, ou même seulement chlorés, suivant les conditions de l'expérience, les proportions de réactif employées, la durée de la réaction, etc...

L'huile iodée, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, résulte de *l'action de l'acide iodhydrique* sur *l'huile d'œillette.* Elle a sur le produit allemand, le grand avantage d'être plus riche en iode et de *ne pas renfermer de chlore.* Elle contient 40 p. 100 de son poids d'iode et conserve néanmoins la couleur et la limpidité de l'huile originelle. Sa saveur est celle de l'huile d'œillette à peine modifiée ; sa consistance est sensiblement plus épaisse ; elle est plus dense que

l'eau : à + 15° sa densité est de 1.35. Insoluble dans l'eau et l'alcool, elle se dissout facilement dans l'éther, la benzine, le chloroforme, l'éther de pétrole, le sulfure de carbone, etc.

L'iode qu'elle renferme est entièrement à l'état de combinaison organique, car elle ne donne aucune des réactions de ce métalloïde : elle ne bleuit pas le papier amidonné et ne précipite pas le nitrate d'argent.

Elle montre une remarquable fixité à l'égard des acides : on peut en effet la faire bouillir avec de l'acide azotique concentré, sans qu'elle se colore sensiblement et qu'il se dégage de l'iode. L'acide sulfurique l'altère à peine à la température ordinaire, mais si l'on chauffe le mélange, il brunit peu à peu, puis tout à coup mousse abondamment en dégageant des vapeurs d'iode.

Agitée pendant quelques minutes, avec une solution froide de carbonate de soude, elle ne cède à ce réactif que des traces d'iode ; à chaud, la décomposition est un peu plus rapide (1).

Les solutions alcalines caustiques la décomposent au contraire très facilement, même à froid, et l'on peut caractériser l'iode, ainsi séparé, en acidulant par l'acide azotique et traitant par le nitrate d'argent, qui produit un abondant précipité jaunâtre d'iodure d'argent.

Calcinée, en présence de potasse caustique, elle laisse un résidu charbonneux, qui retient complètement l'iode à l'état d'iodure de potassium et dans lequel on peut le doser par les procédés habituels. Notre huile titre ainsi exactement : 40 p. 100 d'iode.

L'iodure de potassium contenant 76,5 p. 100 d'iode, on voit que un gramme d'huile iodée renferme autant d'iode que 0,523 d'iodure de potassium, c'est-à-dire que cette huile correspond à un peu plus de la moitié de son poids d'iodure de potassium.

Comparée au produit allemand, notre préparation en diffère par l'huile, le mode d'obtention, la composition chimique et la teneur en iode.

(1) Cette action des *acides* et des *alcalins* est intéressante au point de vue thérapeutique, en ce qu'elle permet de prévoir l'action des sucs gastrique et intestinaux. Cette conception théorique a été vérifiée expérimentalement par les physiologistes allemands : ils ont en effet constaté que leur huile iodée n'étant pas attaquée par l'estomac n'influençait pas l'appétit, et qu'elle était au contraire résorbée par l'intestin sans subir de décomposition, de sorte que sa destruction n'avait lieu que lentement dans le sang et l'intimité des tissus.

WINTERNITZ. *Deutsch. Medicin. Wochenschrift*, 1897, n° 23. *Zeitschrift für physiolog. Chemie*, 1898, Bd 24.

BENDIX. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1898, n° 14, p. 223.

FUSE. *Münchener medicin. Wochenschrift*, 1899, n° 7.

ROSENTHAL. *Inaug. Dissertation*, Würtzburg, 1899.

WINKLER et STEIN. *Centralblatt für innere Medicin.*, 1899, n° 3.

SCHEELE. *Inaug. Dissertation*, Dantzig, 1898.

CASPARI. *Archiv für Medicin. und Physiologie*, 1899.

A l'huile de sésame, employée en Allemagne, nous avons préféré l'*huile d'œillette*, comestible comme elle, plus incomplète chimiquement et qu'il est possible de se procurer à l'état de pureté, et toujours identique à elle-même. On la fabrique, en effet, chez nous en grande quantité, principalement dans le nord de la France.

Le mode d'obtention, et conséquemment la composition chimique diffèrent notablement : le produit allemand est préparé au moyen du *chlorure d'iode ;* théoriquement, il ne peut donc être un composé simplement iodé, mais chloro-iodé. En effet, il contient à la fois du chlore et de l'iode, dans la proportion d'un atome de l'un pour un atome de l'autre, ainsi que le montre l'analyse qualitative et quantitative. Notre huile résultant de l'action de l'*acide iodhydrique* contient, au contraire, de l'iode et seulement de l'iode.

Quant à sa teneur en ce métalloïde, l'huile française en renferme 40 p. 100 de son poids, tandis que le produit allemand le plus chargé n'en renferme que 25 p. 100, tout en étant à la fois plus coloré et plus visqueux que le nôtre ; il existe donc une différence de 15 p. 100.

Cette richesse en iode offre de sérieux avantages :

1° Elle permet d'utiliser notre produit comme solution mère pouvant servir à préparer à froid, au moyen d'huile stérilisée, toute dilution ultérieure injectable ;

2° Si l'on emploie la voie hypodermique, il faut injecter ainsi moins d'huile pour une même quantité d'iode ;

3° Administrée en capsules ou en émulsion, elle agit sous un plus faible volume ;

4° Notre huile peut s'ajouter à l'huile de foie de morue par simple mélange en donnant non plus l'huile simplement iodée de Marchal, de Personne, de Ricord, etc.., mais une huile de foie de morue iodée ;

5° Enfin ce titre de 40 p. 100 constitue, par rapport à l'iodure de potassium, un dosage facile à retenir, puisque 1 gramme d'huile iodée contient approximativement autant d'iode que 50 centigrammes d'iodure de potassium.

II. Huile biiodurée et iodo-biiodurée. — On entend communément par *huile biiodurée* de l'huile stérilisée contenant 4 milligr. de biiodure de mercure par centimètre cube : c'est l'huile biiodurée injectable de Panas.

Au dire d'un assez grand nombre de praticiens, cette huile, même injectée tous les jours, serait insuffisante comme action, et il n'est pas rare que pour obtenir des effets curatifs il faille employer 2 centim. cubes et demi de liquide, correspondant à 1 centigr. de biiodure.

On sait qu'il n'est pas indifférent d'injecter en une seule fois une plus ou moins grande quantité de liquide ; aussi était-il intéressant de conserver la *dose efficace moyenne* de biiodure (1 centigramme dans beaucoup de cas) sans augmenter le volume du dissolvant. Ce

desideratum maintes fois formulé n'avait pas encore été réalisé (1).

Les huiles dissolvent le biiodure de mercure en quantité variable, et avec plus ou moins de rapidité suivant leur composition chimique et la température; mais le biiodure cristallise ensuite par le refroidissement dans des proportions très différentes, parfois immédiatement ; mais plus souvent la cristallisation ne commence qu'au bout de quelques heures pour se continuer pendant plusieurs jours.

L'huile biiodurée que j'ai l'honneur de soumettre à la Société contient exactement 1 centigramme de biiodure par centimètre cube d'huile, *sans addition d'aucun corps étranger* destiné à en faciliter la dissolution : c'est de l'huile et du biiodure, et rien de plus. C'est une question d'huile et de température. Elle est préparée depuis douze jours et n'offre pas le plus petit cristal de sel : il y a donc tout lieu de la supposer stable.

Le mélange de cette huile avec l'huile iodée que nous avons étudiée plus haut donne une huile *iodo-biiodurée* dans laquelle on peut faire varier à volonté les doses d'iode et de biiodure, en se rappelant qu'un centimètre cube d'huile biiodurée contient 1 centigramme de biiodure, et qu'un centimètre cube d'huile iodée renferme 54 centigrammes d'iode.

Ainsi l'échantillon d'huile iodo-biiodurée que vous voyez, et qui est à parties égales des deux huiles, renferme 5 milligrammes de biiodure et 27 centigrammes d'iode.

M. Barthélemy. — Je prends la liberté d'attirer l'attention de la Société sur le travail de M. Lafay ; je dois dire que je suis dans la question un peu juge et partie, car c'est à mon instigation que M. Lafay s'est mis au travail. J'avais été mis au courant du remède secret désigné par les Allemands sous le nom d'*iodipine*, par l'analyse qu'en avait faite M. Doyon dans les *Annales de dermatologie*. M. Doyon m'avait ensuite confirmé oralement que les médecins allemands avaient à se louer de l'emploi sous-cutané de ce produit. Toutefois, avant de l'employer, je désirais être fixé sur sa composition; et c'est à ce sujet que je vins voir M. Lafay comme j'avais été voir M. Vigier et d'autres chimistes et pharmaciens. La question était si difficile à résoudre que la plupart ne donnèrent à mon désir qu'une suite sans importance; en tous cas, leurs recherches échouèrent et M. Lafay seul persista et seul il semble avoir réussi. Seul en tout cas il nous apporte des résultats palpables et qui nous permettront d'échapper probablement pour l'avenir au tribut que nous payons à la science étrangère, laquelle, il faut bien le reconnaître, a été ici l'initiatrice. Toutefois, comme il arrive trop souvent, le produit restait caché, ignoré, et l'exploitation

(1) Une spécialité, à nom plutôt engageant, répandue dans le monde médical à grand renfort de brochures et d'échantillons, est annoncée comme répondant au dosage de 1 centigramme par centimètre cube. Voir le *Compte rendu* de la séance du 15 avril.

industrielle seule existait; car, si le produit semble bon, il est de prix élevé.

La question présente un grand intérêt pratique. D'abord ce produit est bien toléré par la peau, en injections sous-cutanées, — je ne l'ai pas essayé en injections intra-musculaires. — J'ai pratiqué ces injections avec les plus grandes précautions, d'abord aux doses les plus minimes, et ensuite à des doses plus élevées (une ou deux seringuées de Pravaz) ; mais ne connaissant pas sa composition exacte, je n'ai pas voulu m'aventurer aux doses fortes, bien que j'aie vu qu'il n'y avait aucune réaction fâcheuse à craindre. Le médicament est bien toléré ; il est assez actif, mais il semble que ce soit seulement de l'iode ; or, on sait qu'en thérapeutique antisyphilitique l'iode, la teinture d'iode même fraîchement préparée, l'iodure de sodium sont moins efficaces que l'iodure de potassium. Il y aurait là un travail à faire de la plus haute importance clinique, thérapeutique et, par conséquent, pratique. L'élimination de l'iode par les urines doit être précisée et surtout l'action sur les gommes, sur les lésions osseuses et périostiques, sur les affections vasculaires et viscérales, etc.

Mais la question a encore une autre importance pratique : c'est d'abord de faire tolérer l'iode sous la peau ; c'est ensuite et surtout de faire tolérer l'iode à ceux qui ne le supportent pas. Il me semble, en effet, que l'on supprime ainsi les si redoutables accidents de l'iodisme et que l'on pourra permettre aux intolérants, si nombreux, de l'iodure potassique, de profiter des bons effets de ce précieux médicament.

M. Jullien. — En regard des commerçants allemands, qui affublent d'un nom incompréhensible un produit mystérieux pour vous le présenter, il est agréable de rendre hommage à un vrai savant, qui ayant trouvé le moyen de dissoudre l'iode dans l'huile, l'appelle très simplement *huile iodée*. Pour moi j'ai beaucoup employé l'iodipine et je n'ai eu qu'à m'en louer, à la condition d'en faire des injections massives de 10, 15 et 20 centimètres cubes ; ce médicament est admirablement toléré localement et je n'ai pas constaté d'iodisme, mais il ne faudrait pas croire que son efficacité équivaut à celle de l'iodure de potassium à dose vraiment active. Au reste, l'iode n'apparaît que lentement dans les urines, et je ne l'ai jamais constaté qu'en petites quantités.

Pour ce qui est de l'huile biiodurée, M. le professeur Panas, auquel nous devons l'introduction de ce médicament dans la thérapeutique, avait fait faire des recherches considérables à son sujet, et il s'était arrêté à la dose de 4 milligrammes. C'est qu'il l'avait reconnue préférable aux doses plus élevées, en ce qui concerne la tolérance des tissus ; il y aurait donc avantage, suivant lui, à injecter 2 ou 3 centimètres cubes de sa solution plutôt que de recourir à des titrages plus concentrés.

Balanite clitoridienne érosive à spirilles.

Par MM. Gastou et Druelle.

L'un de nous, M. Druelle, interne à l'infirmerie de Saint-Lazare, ayant, après un examen attentif, découvert sur une malade une lésion

clitoridienne érosive, l'étudia au point de vue microbiologique et nous en fit part. Ce sont les résultats de cette observation clinique et bactériologique que nous présentons à la Société :

Marguerite B..., 17 ans, entre le 9 janvier 1901 à l'infirmerie de Saint-Lazare, service du Dr Jullien, salle n° 14.

Elle y est envoyée pour une fistule de la glande de Bartholin droite. Elle présente, en outre, un faible degré d'uréthrite et de vaginite.

A l'examen de la vulve, quand on écarte les grandes lèvres, on voit que le clitoris est turgescent et proéminent. A la partie inférieure de la portion découverte du gland clitoridien existe une érosion de peu d'étendue qui se prolonge sur la partie cachée par le prépuce clitoridien. Une faible quantité de pus vient sourdre à l'extrémité antérieure de la cavité préputiale tout autour du gland.

Si maintenant on rabat le capuchon clitoridien en haut et en arrière, de façon à découvrir tout le gland, on y voit plusieurs lésions érosives. Sur sa face antéro-supérieure existe une érosion allongée de haut en bas, d'un demi-centimètre environ comme dimension verticale et de largeur moitié moindre. Elle était entièrement recouverte par le prépuce quand celui-ci occupait sa situation normale. Son fond est rosé, lisse, suintant. Ses bords sont irrégulièrement découpés ; en certains points leur contour est policyclique : ils sont blanchâtres et parfois exhaussés de façon à former un léger bourrelet.

Sur la face droite du gland, érosion semblable et des dimensions d'une petite lentille. Sur sa face gauche existe une lésion identique : c'est elle qui, gagnant la face inférieure de l'organe, déborde un peu l'extrémité antérieure du prépuce clitoridien en place et a attiré l'attention sur ces lésions.

Enfin, en attirant le gland en avant on voit qu'il est recouvert d'un enduit purulent et l'on aperçoit le sillon balano-préputial où se trouve accumulée une petite quantité de pus assez épais, crémeux, blanchâtre et légèrement odorant.

Sur des préparations faites avec du pus recueilli à la surface de ces érosions et colorées par le liqueur de Ziehl à chaud, on voit, au milieu de microorganismes divers, une grande quantité de spirilles plus souvent isolés et parfois enchevêtrés.

MM. Berdal et Bataille, en étudiant et décrivant chez l'homme une balano-posthite érosive circinée, ont insisté sur l'existence, dans cette banalite, de spirilles à caractères spéciaux qu'ils considèrent comme agents pathogènes de la maladie.

Inoculant le pus à spirilles, ils ont reproduit la maladie sans pouvoir en fixer l'origine, les recherches qu'ils ont faites sur la femme et les confrontations après coïts ne leur ayant donné aucun résultat positif.

Ils étaient convaincus, cependant, que la production de la banalite érosive était la conséquence d'une transmission féminine d'un agent pathogène. La constatation, par M. Druelle, des spirilles semble

apporter un argument des plus probants à l'hypothèse de Berdal et Bataille.

Ce qui explique peut-être que ces spirilles n'aient pas été signalés chez la femme, c'est, d'une part, la recherche attentive que nécessite la lésion et, d'autre part, la difficulté de coloration des spirilles qui ne se colorent qu'après action prolongée et à chaud du liquide de Ziehl.

La nature des spirilles, le groupe auquel ils se rattachent ne sont pas encore déterminés et, le plus souvent, il existe à côté d'eux une association microbienne des plus polymorphes.

Il n'en est pas moins intéressant, quoique ces spirilles n'aient été ni isolés, ni cultivés, ni inoculés, d'en signaler, ainsi que l'a fait M. Druelle, la coexistence chez la femme avec une lésion clitoridienne érosive.

Diagnostic cytologique des dermatoses squameuses.

Par MM. Gastou et Vieira.

L'embarras dans lequel se trouve souvent le clinicien pour différencier certaines affections squameuses entre elles et, en particulier, l'eczéma séborrhéique du psoriasis, nous a suggéré l'idée d'étudier histologiquement et bactériologiquement les squames dans les dermatoses : c'est le résultat de nos examens que nous soumettons à la Société en y ajoutant quelques remarques, et non des conclusions qui ne seraient nullement en rapport avec un travail à l'état d'ébauche.

La technique suivie pour l'examen des squames est des plus simples : après dégraissage dans un mélange d'alcool et d'éther à parties égales, les squames ont été soumises à l'action de l'acide acétique à chaud ou à froid, colorées par le bleu de méthyle ou le bleu à l'argent de Borrel, puis montées dans le baume.

L'examen histologique et bactériologique des squames a porté sur les dermatoses suivantes : psoriasis, pityriasis simple et séborrhée grasse du cuir chevelu, eczémas flanellaires, séborrhéides (affections squameuses se rattachant à l'eczéma sec, aux pityriasis ou aux psoriasis anormaux) ; séborrhéites (affections squameuses consécutives à des pyodermites ou à des impétigos ayant existé antérieurement) ; ichtyose, dartre sèche ou pityriasis simplex du visage.

Histologiquement, les éléments cellulaires des desquamations sont composés soit de cellules de type épidermique corné ou malpighien, soit de leucocytes avec ou sans fibrine, soit des deux à la fois ; c'est pour différencier ces différents aspects cliniques que nous les avons dénommés : type corné, type malpighien, type leucocytaire et type mixte, suivant la prédominance dans les préparations de chacune de ces variétés cellulaires.

Le type corné est caractérisé par l'abondance des cellules épidermiques plates, sans noyaux provenant des couches les plus superficielles de l'épiderme. Ce type est généralement pur quand il est nettement parasitaire et sous la dépendance des champignons qui provoquent les trichophyties, l'érythrasma et le pityriasis versicolor. Quand il n'est pas parasitaire on rencontre, à côté des cellules cornées, des cellules polygonales souvent semblables aux cellules cornées, mais ayant un noyau coloré ou bien des cellules polygonales à gros noyau ovalaire : l'ichtyose est dans ce dernier cas.

Dans le type malpighien, les squames sont formées de cellules polygonales ou ovalaires, à noyaux plus ou moins volumineux et colorés, à protoplasma granuleux ou non. Ce type pur se rencontre souvent dans les squames du pityriasis simple, de la dartre sèche du visage, de la séborrhée sèche.

Le type leucocytaire est surtout le fait des séborrhéites, c'est-à-dire des desquamations qui accompagnent ou suivent les impétigos, les suppurations cutanées, les pyodermites ou certaines variétés de lichénifications et de prurigos. Dans ce type, les leucocytes prédominent sous forme de débris de noyaux. Les cellules épidermiques ou malpighiennes sont fragmentées, dissociées ou dégénérées, perdues dans une masse amorphe ou granulo-graisseuse et dans l'amas des parasites.

Le type mixte est le plus fréquent : on y trouve des variétés nombreuses. Tantôt il y a association malpighienne et leucocytaire, mais différenciation en couches par une limite nette : tel le psoriasis ; tantôt le mélange des leucocytes et des cellules épidermiques est intime : syphilides psoriasiformes, séborrhéides consécutives à la frotte ou aux éruptions médicamenteuses et artificielles. Enfin, dans ces variétés elles-mêmes, la présence ou l'absence de fibrine amène encore des différences : la fibrine se rencontrant surtout dans l'eczéma flanellaire et les eczémas artificiels, l'absence de fibrine étant souvent notée dans l'eczéma séborrhéique vrai.

Une particularité des plus importantes à signaler est que, dans la plupart des squames, quelle qu'en soit l'origine, il existe des parasites microbiens. Ces microbes appartiennent à des espèces variées et, pour la plupart, paraissent être des agents d'infection secondaire. Nous n'avons pas cherché à en déterminer l'espèce ; mais leur grande fréquence semble être en rapport avec celle des leucocytes.

Telles sont les quelques données qui nous serviront de base pour un travail ultérieur plus complet.

Présentation d'un malade qui va être soumis au traitement par le permanganate de potasse.

Par M. Hallopeau.

Lors de la communication que nous avons eu l'honneur de faire sur les résultats de ce traitement dans la dernière séance, notre président nous a engagé à montrer à la Société, avant toute intervention, des malades chez lesquels nous avons l'intention de le mettre en œuvre : c'est à ce titre que nous présentons ce sujet, dont notre interne, M. Fouquet, a rédigé ainsi qu'il suit l'observation.

Nous comptons le faire voir de nouveau dans un mois ou deux : vous pourrez apprécier les effets de la médication.

Le nommé Léon P..., âgé de 43 ans, électricien, entre le 1er mai 1901, au 22, salle Bazin, pour des manifestations multiples de tuberculose cutanée dont le début remonte à son enfance. Sa mère avait un lupus du bras. Son père est encore vivant et de bonne santé. Sur 12 enfants, il n'en reste que 2 ; les autres sont morts en bas âge.

Notre malade, comme antécédents pathologiques, relate les affections suivantes. Étant tout jeune, il a eu mal aux yeux ; plus tard il a souffert d'un abcès de la joue qui s'est ouvert spontanément à l'intérieur de la bouche et qui laisse une cicatrice encore visible. Il a eu, à l'âge de 26 ans, une bronchite, mais depuis lors, il n'a présenté, dit-il, aucun accident pulmonaire. Il a été exempté de service militaire pour son affection tuberculeuse du pied.

Il en fait remonter le début à l'âge de 6 ans. Ses parents lui ont dit que le mal a commencé par un bouton qui est apparu sur le dos du pied, bouton dont on ne prit pas garde et qui n'a jamais cessé de s'agrandir et de s'ulcérer.

Il fut soigné à Saint-Louis, en 1872, pour la première fois, dans le service de Lailler.

A sa sortie, il resta une vingtaine d'années sans revenir ; l'évolution de son mal fut lente, mais toujours progressive.

En 1892, il subit à Bichat un grattage de la jambe, fait par M. Broca.

Depuis cette époque, il revient tous les ans dans le service, d'où, après un mois de repos et de traitement, il repart pour vaquer à ses ocupations.

Actuellement, l'on constate les lésions suivantes.

On ne trouve aucune lésion au visage, aucune lésion aux membres supérieurs. Sur le thorax, on voit dans les régions présternale et interaxillaire des éléments de séborrhée.

A la face postérieure du tronc, au niveau de l'omoplate gauche, se trouve une plaque mesurant 12 centimètres, sur 6 centimètres. La peau n'y est pas indurée, elle y est facilement plissée. Cette plaque est d'un rouge foncé, et recouverte de squames blanchâtres, argentées, rappelant le psoriasis. Les limites de cette plaque sont irrégulières. Tout autour sont semés de petits tubercules isolés les uns des autres.

Il existe aussi au niveau de la fesse droite une plaque de dimensions plus petites, mais de même aspect.

Les lésions sont surtout manifestes au membre inférieur droit.

A la face antérieure de la cuisse, à sa partie moyenne, s'étend un large placard irrégulièrement arrondi, de teinte rouge foncé, recouvert de squames blanchâtres, s'enlevant facilement avec l'ongle par grattage. Ce placard repose sur une induration dermique. La surface en est fendillée, comme quadrillée par des stries perpendiculaires les unes aux autres, dépourvues de poils.

En dedans de ce large placard, se trouvent de petits tubercules isolés.

Plus bas, à la face interne de la cuisse, on aperçoit de petits placards irréguliers, circonscrivant, par leur réunion, des îlots de peau saine. On note encore ici une induration profonde, la présence de squames, la chute des poils.

Plus bas encore, certains éléments sont recouverts de croûtes très épaisses (mesurant 4 à 5 millimètres), grisâtres, fendillées, feuilletées, elles s'enlèvent avec l'ongle et laissent à leur place une érosion.

Toute la face antérieure du genou est occupée par un large placard, mesurant 20 centimètres de long sur 15 de large, avec des ilôts de peau saine. Ce placard est recouvert de croûtes dures blanches ou jaunâtres, fendillées transversalement.

A la gauche, il existe des cicatrices blanchâtres, vestiges de l'opération de grattage pratiquée par M. Broca.

Le bas de la jambe, qui est très augmentée de volume, éléphantiasique, œdématiée, est complètement entouré par des tubercules petits, lenticulaires, dont la coloration rouge foncé tranche sur la coloration du reste de la peau. La peau de la jambe est très épaissie et ne peut plus être plissée.

Le pied est aussi très augmenté de volume, œdématié. La peau y est rouge, violacée, épaissie. Du milieu du dos du pied part une ulcération qui en contourne la face interne, et vient finir au milieu de la plante. Cette ulcération est irrégulière. Sur le dos du pied, elle est en partie cicatrisée; les bords en sont irréguliers, épais. Du côté du cou-de-pied, les bords sont aplatis; du côté des orteils, ils sont surélevés et forment un épais bourrelet.

A la face interne du pied, on note deux ulcérations, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, entourées d'épiderme cicatrisé.

A la plante existe encore une large ulcération, de l'étendue d'une pièce de 5 francs. Ses bords sont sinueux, très épais, mesurent 5 à 7 millimètres, taillés à pic.

Le fond de l'ulcère, lisse, est rouge foncé; le suintement est abondant, l'odeur fétide.

Ces ulcérations sont très douloureuses au toucher; la sensibilité y est beaucoup plus vive qu'au niveau de la peau saine voisine.

Le talon est surmonté d'une couche végétante énorme, épaisse, blanchâtre en certains points, brunâtre en d'autres, très fendillée.

Cet état de la peau cesse à la plante. Les deuxième et troisième orteils ont perdu leur forme arrondie; ils sont à quatre faces, présentant des arêtes vives edtes végétations très volumineuses.

Les faces latérales, très augmentées, ont conservé leur épiderme rosé, mais les faces dorsale et plantaire sont entièrement cornées, kératinisées.

A la base, les orteils sont comme découpés par des fentes profondes, scissures dues à la kératinisation.

De même, à la face plantaire, le sillon métatarso-phalangien ou digito-plantaire est profond; il mesure 1 centimètre de profondeur et plus. Les bords en sont taillés à pic. Les sillons de séparation des phalanges sont également très profonds.

Toutes ces régions sont très sensibles au toucher.

En outre, le malade accuse des douleurs spontanées survenant en crise, durant plusieurs jours.

Pendant ces crises, le malade est obligé de garder le lit. Ces douleurs sont sourdes, continues, s'exacerbant la nuit, entraînant souvent l'insomnie.

L'examen des poumons montre qu'il n'y a aucune lésion de ce côté.

On voit que ce cas présente une gravité considérable; aux membres inférieurs particulièrement, il existe concurremment de nombreux nodules lupiques, un état éléphantiasique, de nombreuses et volumineuses végétations, des ulcérations profondes et étendues : la situation est telle que le malade réclame l'amputation.

Sur deux nouveaux cas d'éruptions lichénoïdes en bandes.

Par MM. Hallopeau et Villaret.

Les observations analogues à celle que vient de rapporter M. Fournier se multiplient : l'un de nous, pour sa part, en a déjà publié ici une demi-douzaine. MM. Alexander, Vidal, Bærensprung, Heller, Jadassohn, Touton, Lindstrœm et Hugo-Meyer ont fait connaître des malades semblables à celui que nous montrons ici pour la seconde fois : ce qui en fait surtout l'intérêt, c'est que son éruption développée tardivement est en voie de régression.

Voici, en effet, ce que nous montre son observation résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé Ernest R..., âgé de 30 ans, garçon de café, entré le 26 novembre 1900, salle Vidal, lit n° 61.

Ce malade, atteint de dermatose lichénoïde en bande linéaire, a été déjà présenté à la Société de dermatologie le 10 mars 1898, par MM. Balzer et R. Mercier. Nous insisterons donc peu sur son histoire qui est relatée dans cette observation.

Sa mère est morte d'une tuberculose à 22 ans ; c'était une nerveuse. Son père est bien portant, mais est rhumatisant : il n'a jamais eu cependant de maladie de peau.

A 30 ans, le malade a eu une fièvre typhoïde. Il se dit très nerveux : étant garçon de café, il a beaucoup bu et a présenté et présente encore maintenant des signes évidents d'alcoolisme : pituites matinales, cauchemars

nocturnes, tremblement des extrémités, crampe des mollets. Il boit moins maintenant, mais a conservé le tremblement des extrémités et des troubles stomacaux assez marqués : douleurs gastriques et renvois acides. Cependant l'appétit est bon, le foie est normal.

Le début de l'affection remonte à 4 ans et demi : à ce moment, apparurent subitement, à la face postérieure du mollet droit, de petits boutons et une rougeur en bande qui gagna en huit jours la face postérieure de la cuisse et de la fesse, et acquit aussitôt ses caractères définitifs ; cette rougeur était très prurigineuse.

Le malade resta dix-huit mois sans se soigner puis entra chez M. Balzer, salle Hillairet, le 27 février 1898, pour un impétigo de la face qui fut vite guéri. La communication de ce cas fut faite à la Société de dermatologie le 10 mars 1898, en même temps qu'on en faisait un moulage qu'on peut voir au musée, sous le nº 1962. A ce moment, on constate l'existence d'une bande large d'un centimètre « partant du tiers interne du pli fessier, se dirigeant obliquement en bas et en dedans pendant 10 centimètres environ, puis se coudant à angle obtus pour gagner le creux poplité. Elle se prolonge ensuite sur la ligne médiane du mollet jusqu'au niveau de son tiers inférieur. La lésion est ininterrompue à ses deux extrémités ; elle est essentiellement formée de squames épidermiques sèches, dures, un peu saillantes, reposant sur la peau rouge, un peu épaissie et un peu indurée. Une zone érythémateuse les déborde sur une étendue de quelques millimètres ». Tels sont les termes mêmes de la communication de MM. Balzer et Mercier. Ils ajoutent qu'au niveau du creux poplité les éléments primitifs de la lésion ne sont pas agminés, sont disposés sans ordre et affectent la forme de papules rouges aplaties, irrégulièrement arrondies. En somme, concluent-ils, toute la lésion affecte sensiblement le trajet du tronc du nerf petit sciatique.

M. Balzer hésita à porter le diagnostic ferme de lichen plan. Il appuya ses arguments sur les faits suivants :

1º Les éléments isolés du creux poplité diffèrent du lichen plan et l'épiderme n'a pas l'aspect quadrillé ;

2º La pigmentation est faible ;

3º Les éléments de lichen plan manquent sur les autres points du corps ;

4º La médication arsenicale a échoué.

Il posa donc le diagnostic de *trophonévrose lichénoïde.*

Le malade fut traité chez M. Balzer par les bains alcalins, la solution alcaline et l'huile de cade.

Il sortit vers le mois de mai 1898 sans que l'amélioration de son état fût bien notable. Il continua ses occupations, mais son état stomacal l'obligea à rentrer à l'hôpital vers le mois de juin 1898, chez M. Tenneson, remplacé par M. Jeanselme. Il y fut traité par les douches locales et l'huile de cade pendant quinze jours, sortit de nouveau, pour revenir un mois après, vers le mois de juillet, dans le service de M. Du Castel, remplacé par M. Jacquet ; il fut traité par les douches locales, le glycérolé cadique, photographié, et sortit au bout de quinze jours sans être amélioré.

Enfin, vers le mois d'août 1898, il entre salle Bazin et y reste jusqu'au mois de février 1899. Il est traité par les bains alcalins et l'huile de cade.

On prend à ce moment son observation et il est présenté, par l'un de nous et M. Trastour, à la Société de dermatologie au mois de décembre 1898. Il sortit amélioré de la salle Bazin : ses bandes persistaient, mais les éléments étaient plus disséminés, moins squameux, moins durs.

Il continue cependant à boire, de sorte que souffrant toujours de son estomac il revient dans la salle Bazin du mois de mai au mois de septembre 1899. A la suite d'un traitement semblable, il constate une grande amélioration, quoique les bandes persistent.

Il quitte de nouveau l'hôpital et reste un an chez lui : dans cet intervalle, il dit avoir cessé complètement l'usage de toute boisson alcoolisée et s'être mis complètement au lait ; et de fait, il constata à la suite de ce régime une amélioration considérable de son éruption et de son estomac, de sorte que lorsqu'il est revenu dans le service, au mois de novembre 1900 il n'avait plus en activité qu'un placard au niveau du mollet.

Depuis le mois de novembre 1900, le malade n'a pas quitté le service : il y a été traité d'abord par la pommade salicylée. Depuis trois mois, on le soigne par les bains alcalins et la pommade au permanganate de potasse à 1/5.

Depuis son entrée, il y a eu encore une amélioration notable.

Actuellement, si on compare l'éruption au moulage de 1898, on voit qu'elle a beaucoup rétrocédé.

L'éruption de la fesse et de la partie supérieure de la cuisse a complètement disparu. Cependant, en examinant attentivement le pli fessier et la face postéro-interne de la cuisse, on retrouve une pigmentation rougeâtre, trace de l'ancienne éruption. A la partie inférieure de la cuisse, on constate de simples macules pigmentées.

L'éruption a commencé à rétrocéder au niveau de la fesse depuis un an et demi : depuis quatre à cinq mois elle y a complètement disparu. Elle n'est plus prononcée qu'à la face postérieure du mollet droit.

Si nous l'examinons de plus près, nous voyons tout d'abord, au niveau du tiers inférieur de la cuisse droite, une bande partant de la ligne médiane pour aboutir à la partie postérieure du condyle externe sur un trajet linéaire de 8 à 10 centimètres de long sur 2 de large. Au-dessus, l'éruption tend à s'effacer, mais, à ce niveau, on trouve de grosses papules lichénoïdes légèrement squameuses reposant sur un fond érythémateux et entourées de papules plus petites.

Au mollet, l'éruption est localisée suivant une ligne partant du condyle externe et croisant la ligne médiane pour se continuer en décroissant jusqu'à 4 centim. au-dessus de la malléole interne ; elle est constituée par des papules beaucoup moins squameuses, moins proéminantes, plus disséminées que dans le moulage de 1898. Au niveau du tiers supérieur de cette ligne, l'éruption est en voie de rétrocession : on ne trouve plus que des macules rougeâtres correspondant à la base des poils. Dans les deux tiers inférieurs au contraire, l'éruption est très caractéristique : c'est une bande de 15 centim. de long sur 2 à 3 centimètres de large environ, affectant la forme d'un S, très allongé et composée de gros éléments correspondant à la racine des poils.

Le malade, en dehors du prurit qui est toujours très accusé, ne présente aucun trouble de la sensibilité ou du système vaso-moteur. Il dit ressentir cependant quelques légères douleurs par instants au niveau de son mollet.

Ainsi donc l'éruption de ce malade a disparu dans sa portion fessière, elle n'est plus représentée que par de simples macules dans les deux tiers supérieurs de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe : c'est là un nouvel argument qui conduit à repousser pour ces faits l'hypothèse de nævi tardifs, à laquelle l'un de nous s'était d'abord rattaché.

Notre seconde malade est atteinte d'une éruption également systématisée dans son mode de distribution ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Clémence B..., âgée de 10 ans, se présente à la consultation le lundi 28 avril 1901. Il n'y a aucun antécédent héréditaire digne d'être signalé.

La petite malade n'a jamais eu d'autres maladies.

Il y a environ un an, elle a ressenti une légère démangeaison à l'extrémité antérieure des orteils droits ; en même temps elle constatait l'apparition de petites papules à ce niveau. Depuis lors, l'éruption a gagné peu à peu le dos du pied, les chevilles et la face postérieure du mollet. Elle a été dès le début très prurigineuse. Elle semble avoir évolué par poussées, diminuant en certains moments, augmentant en d'autres. La petite malade dit avoir eu pendant ces poussées, un peu de fièvre et de céphalalgie ; l'appétit a toujours été conservé.

État actuel. — Actuellement, l'éruption est surtout localisée au niveau de la face antérieure du pied et des chevilles du côté droit. Elle est constituée par de petites papules de 2 à 3 millimètres, irrégulièrement polygonales et nacrées par endroits, déformées en beaucoup d'autres par le grattage, rougeâtres ou brunâtres, dures au toucher et donnant au doigt la sensation de verrues planes. On n'y trouve pas d'ombilication bien nette non plus que des stries opalines.

Ce qui fait l'intérêt de ces éléments c'est leur localisation particulière suivant des sphères de distribution nerveuse.

On note tout d'abord, si on examine la partie externe du dos du pied droit, une bande ovalaire longue de 8 à 10 centimètres, large de 3 à 4 centimètres, partant de l'articulation médio-tarsienne pour aboutir en avant à la racine des 3[e] et 4[e] orteils. A ce niveau, cette bande est recouverte de quelques squames blanchâtres, se détachant difficilement au doigt ; on trouve une croûtelle du même genre à la partie moyenne du dos du pied.

A côté de ce premier placard, on trouve une série d'éléments semblables localisés d'une manière très nette suivant une ligne large de 1 centimètre, longue de 7 à 8 centimètres, qui longe le bord externe du pied.

A 2 centimètres en avant des malléoles, on voit un placard grand comme une pièce de 20 centimes et affectant une disposition circinée : à ce niveau, les éléments sont déformés par le grattage.

En arrière de la malléole externe, on remarque un placard dont les éléments sont beaucoup plus nets ; de 10 centimètres de long environ, il est vertical et est situé à égale distance entre la malléole et le tendon d'Achille. De même, un placard encore plus caractéristique est situé en arrière de la malléole interne ; les éléments polygonaux, saillants, durs, y sont disposés suivant une double rangée verticale.

Rien à la plante du pied.

Entre ces différents placards, un examen plus attentif nous montre quelques petites papules moins confluentes et, à la face antérieure et interne du cou-de-pied, des papules miliaires disséminées, ayant comme centre un orifice glandulaire ou un poil.

A la face antérieure du mollet, toujours à droite, la traînée n'est plus continue : elle se résout en de petits éléments saillants de lichen acuminatus, gros comme des têtes d'épingle, non prurigineux, localisés à la racine des poils.

A la face postérieure de ce mollet, on note un petit placard croûteux, gros comme une lentille, au-dessous duquel sont disséminés verticalement des éléments sensiblement semblables à ceux du pied.

En somme, ces différentes localisations montrent que l'éruption est disposée suivant une sphère de distribution nerveuse. Les différents sièges à la partie externe du dos du pied (3e et 4e orteils), à la partie antéro-externe du cou-de-pied, au bord externe de la plante et aux gouttières rétro-malléolaires, et de plus la coexistence d'un placard à la partie médiane de la face postérieure du mollet, répondent à celles du sciatique poplité externe.

D'ailleurs, l'éruption est le seul trouble que présente l'enfant : en dehors du prurit, on ne constate ni douleurs, soit lancinantes, soit sourdes, ni troubles de la sensibilité tactile ou thermique. Les fonctions vaso-motrices et sécrétoires ne paraissent pas atteintes.

Au niveau du mollet gauche, rien de particulier : nous signalons, à la partie moyenne de la face antérieure du tibia, un petit placard grand comme une pièce de 50 centimes, jaunâtre, légèrement squameux et entouré d'une aréole de petits éléments peu saillants, non prurigineux.

Rien au pied gauche.

Rien au membre supérieur droit, sinon au creux de la main où l'on voit une plaie légèrement suppurante et sans caractères bien nets. Au niveau de l'avant-bras gauche, par contre, on remarque sur la face antérieure, de petits éléments d'aspect lichénoïde.

Le dos présente quelques traces de grattage sans caractère, ainsi que la face antérieure du thorax. On trouve un nævus au-dessus du sein gauche.

Enfin, à la partie inférieure de l'abdomen, au-dessus du pubis et des plis inguino-cruraux, il nous faut signaler une série de petits éléments accuminés peu caractéristiques.

Rien à l'examen de la bouche.

Il nous paraît s'agir ici d'une éruption de lichen de Wilson ; les dépressions centrales, la forme que présentent une partie des éléments,

sont en faveur de ce diagnostic ; ce n'est pas là d'ailleurs un fait isolé, car Lindstrœm et l'un de nous en ont déjà publié des exemples. Les localisations sont, comme dans le cas précédent, systématisées, mais elles ne correspondent pas à des lignes de Voigt : toute une moitié de la face dorsale du pied y est en effet intéressée. Si donc, chez notre premier malade, les phénomènes peuvent s'expliquer par des troubles tropho-névrotiques résultant d'actions nerveuses accumulées dans les sphères de distribution des nerfs limitrophes, il faut admettre que des troubles trophiques d'origines diverses peuvent donner lieu à ces éruptions systématisées.

Pour ce qui est des troubles limités aux lignes de Voigt, ils peuvent, d'une part, devenir par eux-mêmes la cause d'éruptions ; ils peuvent, d'autre part, constituer des *loci minoris resistentiæ* dans lesquels viennent se localiser les agents pathogènes, soit du lichen de Wilson, soit, comme l'ont montré M. Thibierge et l'un de nous, celui du psoriasis. M. Fournier pourra bientôt nous dire s'il en est de même de la syphilis.

La systématisation, si fréquente et spécialement observée chez notre premier malade, à la sphère de distribution de nerfs multiples, ne peut s'expliquer que par des troubles d'origine centrale.

Séborrhée et syphilis.

Par M. H. Hallopeau.

Dans notre rapport au récent Congrès international de dermatologie, nous nous sommes efforcé d'établir, d'accord avec Unna et Leloir, que, non seulement le terrain séborrhéique est souvent un lieu d'élection pour le contage syphilitique, mais qu'il se produit parfois de véritables hybrides séborrhéo-syphilitiques : si nous ne nous trompons, le malade que nous avons l'honneur de vous présenter en fournit un nouvel exemple.

Le nommé B..., âgé de 26 ans, charron, entre le 9 juillet 1900, salle Bazin, lit nº 53 *bis*.

Dans son enfance, ce malade eut, pendant quelques mois, de l'impétigo du cuir chevelu. Vers l'âge de 3 ans, il a été soigné pour un torticolis; on lui a fait, aux Enfants-Malades, l'application d'une Minerve. A l'âge de 15 ans, il eut un abcès de l'oreille gauche. Depuis ce moment, il a une otorrhée qui s'accompagne d'une diminution sensible de l'acuité auditive.

Il y a 6 ans environ, apparut la séborrhée. D'abord localisée au niveau des joues, des sillons rétro-auriculaires, cette altération s'étendit rapidement au menton, à la lèvre supérieure et aux sourcils.

Il y a 5 ans, il vint une première fois dans le service ; il y fut soigné pendant six mois. Il en sortit légèrement amélioré par la pommade à l'oxyde de zinc.

Peu de temps après, l'affection s'accentua. En 1898, il fit un séjour de trois mois salle Devergie.

En 1899-1900, il revient salle Bazin et est soigné pendant dix-huit mois. En juin 1900, il sort un dimanche et contracte la syphilis.

Il présente actuellement des éléments hybrides et des éléments propres à chacune des deux maladies.

On observe de la séborrhée des joues, de la lèvre supérieure, du menton, des sourcils ; de la blépharite ; les sillons rétro-auriculaires sont pris ; le cuir chevelu est en partie envahi ; à l'ombilic et aux plis inguinaux, la séborrhée est de même franchement visible.

Sur le reste du corps, en particulier à la face postérieure de l'épaule droite, on trouve des groupes d'éléments irréguliers, disséminés, en partie bistrés, résistant à la pression, avec de petites saillies miliaires, papillaires. La desquamation y est très légère. Sur le bras droit ainsi qu'à la face dorsale de l'avant-bras, on trouve des éléments semblables.

Sur le bord externe de l'avant-bras droit, il y a trois plaques éruptives groupées en surfaces irrégulièrement demi-circulaires. Chacune d'elles est nettement limitée en dehors par un rebord croûteux de 3 millimètres de diamètre.

Dans la fosse sus-épineuse du même côté, il y a une altération semblable, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes. Au-dessous des croûtes, on trouve une ulcération superficielle, à bords nettement arrêtés. Il n'y a pas de prurit. A côté de ces éléments, il existe des plaques nettement vésiculeuses et séborrhéiques.

On note une plaque muqueuse sur l'amygdale droite. Sur le bras droit, se trouvent des saillies papuleuses avec croûtelles blanchâtres à la partie centrale.

Il n'y a pas de plaques séborrhéiques interscapulaires ni présternales.

On voit, par cette observation, que ce malade est depuis nombre d'années atteint des séborrhéides les plus persistantes et les plus variées dans leurs formes ainsi que dans leurs localisations, et qu'il est simultanément en possession d'une syphilis à la période secondaire. Les éruptions du cuir chevelu, des lèvres, du tronc sont, à coup sûr, exclusivement séborrhéiques. Par contre, une partie des plaques éruptives des membres, celles surtout du bras droit, ont un aspect nettement syphiloïde ; étant donné qu'il y a concurremment une muco-syphilide buccale des mieux caractérisées, nous sommes conduit à admettre qu'il existe chez B... des syphilides modifiées dans leur aspect par la séborrhée concomitante ; autrement dit, que nous avons affaire à une véritable hybride séborrhéo-syphilitique.

Ulcère de jambe dû à la piqûre d'une épine de « bougrane »,

Par MM. H. Hallopeau et Fouquet.

Le nommé Auguste B..., âgé de 46 ans, charretier, entré le 28 no-

vembre 1901, salle Vidal, lit n° 63, pour une ulcération située à la face antérieure de la jambe droite, et produite par la piqûre d'une plante appelée vulgairement « la bougrane ».

Cette plante, très commune dans les campagnes du département de l'Oise, en particulier aux environs de Gisors, de Chaumont, est de la famille des légumineuses. Son nom scientifique est l'*ononis spinosa;* on l'appelle communément la bougrane, la bugrane épineuse, ou encore l'arrête-bœuf, nom qu'elle doit aux piquants qui terminent ses rameaux. Du reste, quelques auteurs l'appellent encore la bucrane ; l'étymologie de ce dernier nom serait la ressemblance de ses épines avec les cornes qui surmontent le crâne des bœufs (bœuf, crâne, βους et κρανìον).

D'après les renseignements du malade, les accidents provoqués par ces piqûres sont très fréquents dans le pays qu'il habite (Chaumont-en-Vexin). Immédiatement après la pénétration de l'épine dans la peau, il se produit un gonflement considérable de la partie atteinte et de son pourtour. Presque tout un membre peut être intéressé. Il survient le plus souvent, au bout de quelques jours, de la suppuration, précédée de douleurs violentes empêchant le sommeil, et, alors même que les malades gardent le repos et se trouvent dans un état de santé générale satisfaisant, il faut un mois pour que les parties reprennent l'état normal.

Auguste B... présente, à cet égard, de mauvaises conditions ; il est manifestement empreint d'alcoolisme : des phobies, des crampes, des cauchemars, un tremblement des extrémités viennent confirmer ses aveux.

Ce malade a été piqué une première fois au doigt par cette plante, il y a dix ans. Cette piqûre a été suivie d'une augmentation de volume énorme, puis de la formation d'un abcès. Ce dernier s'est ouvert spontanément, et la cicatrisation s'est faite en un mois.

La seconde fois, le malade a été piqué à la fin du mois d'août 1900, à la face antérieure de la jambe. Le lendemain, la jambe était devenue volumineuse, rouge, très douloureuse. Il se forma une collection purulente qui s'ouvrit spontanément. Le malade se soigna mal ; il continua à travailler, tout en se faisant panser très irrégulièrement. Il raconte même qu'à un moment l'ulcération s'était en partie gangrenée. Il fut soigné à ce moment à l'hospice d'Amiens.

Actuellement, la cicatrisation est très avancée. L'ulcération, qui atteignait au début 12 centimètres de long sur 6 centimètres de large, ne mesure plus que 2 centimètres 5 sur 1 centimètre 5.

Cette ulcération est allongée au-devant de la crête du tibia ; elle repose sur une base dure ; elle est entourée par une zone cicatrisée, d'épiderme nouveau, rosée. Le fond est surélevé, bourgeonnant, de coloration franchement rouge.

La sensibilité à la piqûre est très diminuée au niveau de l'ulcération et dans toute la région récemment cicatrisée.

Il est de toute évidence que les accidents provoqués chez ce malade par la piqûre dont il a été atteint ont été très notablement aggravés par le défaut de soins, la continuité des fatigues physiques et sans doute aussi l'alcoolisme; mais il n'en demeure pas moins établi, si l'on en croit les assertions du malade qui n'a aucun intérêt à nous tromper, que cette piqûre donne lieu à des accidents d'une intensité exceptionnelle et très pénibles : il y a loin entre la plaque ortiée que détermine le contact d'une ortie ou la phlegmasie locale que peut provoquer la pénétration dans nos tissus d'une épine vulgaire et la douleur intense, le gonflement considérable, la suppuration, la longue durée des accidents que provoquent la piqûre de ladite boucrane; il faut admettre que cette plante sécrète des toxines d'une nocuité tout exceptionnelle. Nous avons écrit à notre confrère de Chaumont pour contrôler les assertions de ce malade.

Sur un nouveau cas de persistance d'ulcérations syphilitiques plantaires malgré un traitement énergique intus et extra.

Par MM. H. Hallopeau et Fouquet.

L'un de nous a essayé de mettre en relief, l'an passé, la longue durée des syphilomes ulcérés de la région plantaire, leur résistance remarquable au traitement et les causes prochaines de ces particularités.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter en fournit un nouvel exemple.

Gustave R..., âgé de 33 ans, terrassier, entré le 21 février 1901, salle Vidal, lit nº 60.

Il a contracté la syphilis au mois de juin 1900. Son chancre passa inaperçu. Il dit toutefois avoir eu une adénopathie inguinale gauche assez volumineuse. Au mois de juillet apparut une roséole; il eut à cette époque des plaques muqueuses buccales et anales.

Il entra alors dans le service, salle Bazin, où il fut soigné du 13 août 1900 au 31 janvier 1901 pour des syphilides multiples. On lui fit 15 piqûres de calomel, et il prit jusqu'à 6 grammes d'iodure de potassium par jour.

Peu de jours après sa sortie, c'est-à-dire dans les premiers jours du mois de février, apparut un petit bouton à la face externe du talon gauche, dans la région sous-malléolaire. Il n'y prit pas garde et, malgré le traitement ioduré qu'il continuait chez lui, il se produisit en ce point une ulcération.

C'est pour cette ulcération qu'il fut de nouveau admis dans le service, le 21 février 1901.

Actuellement, cet ulcère a des contours géographiques à peu près

arrondis ; il mesure 6 centimètres de diamètre. Le fond est en partie bourgeonnant, en partie cicatriciel, en partie ulcéreux et sanieux. Les parties franchement ulcérées persistent presque exclusivement au pourtour inférieur, dans la partie qui correspond à la plante du pied. Cette ulcération siège au-dessous de la malléole externe et descend jusque sur le rebord du talon.

L'épiderme qui circonscrit la circonférence inférieure mesure 5 millim. d'épaisseur ; il est taillé à pic verticalement ou en biseau. En bas, il est décollé et circonscrit par une ulcération serpigineuse. Dans les autres parties, l'épiderme environnant est mince. Sa coloration blanche est due à l'application de l'emplâtre de Vigo. Cette ulcération est le siège d'un suintement abondant.

On note, sur la jambe, du même côté, des éléments arrondis, rouges, recouverts d'une croûtelle, et des cicatrices blanches, les unes arrondies, les autres polycycliques. Au pli inguinal, on trouve un engorgement ganglionnaire manifeste.

Sur le thorax, on voit encore des cicatrices blanchâtres arrondies, et des syphilides recouvertes de croûtelles.

A la figure, autour des lèvres, dans la moustache particulièrement, il existe des ulcérations. Dans la cavité buccale, on observe une plaque muqueuse à la face interne de la lèvre inférieure.

Depuis sa rentrée dans notre service, ce malade a été traité simultanément par les frictions mercurielles et par l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 4 grammes.

Concurremment, on a appliqué, sur les ulcérations du tronc et de la jambe, des rondelles d'emplâtre de Vigo et, sur l'ulcération pédieuse, des compresses imprégnées d'une solution de sublimé au cinq millième.

Ainsi donc, malgré un traitement antérieur intensif, malgré un traitement encore très actif mis en jeu depuis l'entrée de ce malade dans notre service en février, une ulcération survenue au talon gauche s'est étendue progressivement au point d'atteindre aujourd'hui jusqu'à 6 centim. de diamètre ; la lésion, étant actuellement à cheval sur le talon et la région sous-malléolaire, présente un contraste frappant dans sa partie supérieure et dans sa partie inférieure : dans la première, la cicatrisation est en bonne voie ; l'ulcération est limitée par un épiderme mince, sans ulcération sous-jacente ; au contraire, la seconde est encore en état d'ulcération active ; elle est circonscrite, au niveau du talon, par un épiderme taillé à pic ou en biseau dont l'épaisseur atteint jusqu'à 5 millimètres ; si on le soulève, on voit au-dessous de lui un sillon ulcéré qui sécrète un détritus sanieux.

Ici encore, comme dans la précédente présentation de l'un de nous, on ne peut s'expliquer les faits observés que par la résistance qu'oppose l'épiderme épais de la région atteinte à la pénétration des modificateurs thérapeutiques ; on conçoit que le mercure et

l'iodure apportés par la circulation dans le corps papillaire ne pénètrent que difficilement dans les rangées multiples de cellules que présente dans ces régions le corps muqueux et se trouvent ainsi empêchés de venir au contact des éléments infectieux qui ont pénétré dans l'épiderme.

Cette interprétation est évidemment applicable aux syphilides psoriasiformes des paumes des mains.

Ces faits montrent une fois de plus à quel degré il faut tenir compte des différences de structure que présente, dans les diverses parties du corps, la structure de la peau, si l'on veut comprendre la pathogénie de ses altérations.

Nouveau cas d'accidents graves provoqués par le baume du Pérou employé dans le traitement d'une gale,

Par M. HALLOPEAU.

Nous avons montré à la Société, dans le courant de l'année dernière, deux cas de gale dans lesquels l'emploi du baume du Pérou avait déterminé des phénomènes de vive irritation et nous nous étions promis de renoncer à ce mode de traitement que nous étions conduit à considérer comme dangereux, du moins, dans tout cas où la maladie s'accompagne d'une dermite quelque peu accentuée.

Nous nous sommes trouvé récemment en présence d'un nouveau fait qui vient témoigner une fois de plus d'une manière trop évidente en faveur de cette manière de voir.

M. M..., âgé de 22 ans, vient nous consulter pour une gale dont le début remonte à environ 15 jours ; les lésions cutanées y sont d'une intensité moyenne ; il y a cependant, particulièrement au bas-ventre quelques placards de dermite eczématiforme.

Sur notre conseil, M. M... se rend le lendemain dans un établissement spécial pour y subir la frotte.

On lui fait suivre le traitement classique avec cette différence que la pommade soufrée y est remplacée par le baume du Pérou.

Au moment même de son application, le malade éprouve, surtout au bas-ventre, des douleurs d'une extrême intensité ; elles persistent avec la même violence jusqu'au moment où la pommade est enlevée, soit dix-huit heures après son application.

Lorsque nous sommes appelé auprès du malade, le lendemain, nous constatons, de chaque côté du bas-ventre, au-dessus des aines, l'existence d'ulcérations recouvertes d'un détritus sanieux ; elles sont au nombre de quatre : leur plus grand diamètre varie de 4 à 7 centimètres ; les souffrances continuent à être des plus vives ; elles se calment sous l'influence d'un pansement par des compresses imprégnées d'eau de pavots avec une proportion minime d'acide borique, de biborate de soude et d'acide salicylique.

Au bout de quelques jours les douleurs cessent et les ulcérations se couvrent de bourgeons charnus.

Après un mois de séjour au lit, le malade a pu se lever et reprendre peu à peu sa vie active.

En présence de tels accidents, nous ne pouvons que déconseiller vivement l'emploi de cette dangereuse médication chaque fois qu'il y aura de l'irritation tégumentaire.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une gale trop irritée pour que la pommade soufrée puisse être impunément employée, on doit attendre en employant des topiques moins actifs, mais non irritants, et susceptibles cependant d'agir sur les acares. Nous nous servons d'habitude avec avantage, en pareil cas, du pétrole mélangé avec trois parties d'huile d'amandes douces : au bout de peu de jours, nous voyons, sous l'influence de ce topique, les lésions perdre leur acuité, les démangeaisons se calmer et l'on peut alors arriver au traitement classique.

M. Jullien. — M. Hallopeau est un excellent observateur, et, s'il avait appliqué lui-même le remède, suivant les règles naturelles, je n'aurais qu'à m'incliner, mais on ne sait quel baume fut employé et maintenu pendant 19 heures, il n'a vu le malade que bien après et je suis forcé d'émettre des doutes, n'ayant jamais observé rien de semblable depuis 1878. Quoi qu'il en soit, le conflit entre le baume du Pérou et les vieilles médications n'est sans doute pas un duel à mort et nous sommes prêts à discuter, sur des cas régulièrement suivis et bien observés, les indications et les contre-indications éventuelles de cet excellent médicament.

M. Fournier. — On l'emploie couramment dans mon service, et nous n'avons jamais observé d'accidents. Il faudrait savoir si la composition du baume du Pérou est toujours la même et si on peut la falsifier.

M. Lafay. — En pratique, les baumes du Pérou qu'on livre dans le commerce sont loin d'être identiques. Il sont souvent falsifiés et leur prix de revient est si variable que certainement leur composition doit être dissemblable.

Sur les accidents cutanés survenus au cours d'une pseudo-leucémie lymphocythémique (leucémie lymphatique).

Par M. Ch. Audry.

Au moment où l'on s'occupe beaucoup des diverses variétés de leucémie et des altérations cutanées qui peuvent s'y associer ou en résulter, l'observation suivante ne paraîtra pas sans intérêt (1).

(1) Rédigée avec l'aide des notes recueillies par M. Laurent, interne du service.

Marie X..., 64 ans, domestique, entre à la clinique le 7 novembre 1900.

Sa mère est encore vivante, âgée de 88 ans; son père est mort à 78 ans; elle a perdu un frère âgé de 25 ans; un autre, vivant, est obèse. Elle a eu trois enfants dont un est mort du croup; les deux autres vivent, très gros. Elle ne présente aucun antécédent pathologique personnel; vers l'âge de 30 ans, elle aurait eu des métrorrhagies pendant un mois. Ménopause il y a une dizaine d'années. Pas d'alcoolisme; bonne santé habituelle. Elle habite Toulouse depuis deux ans; auparavant elle était à la campagne.

Pendant l'hiver de 1900, elle souffrit d'une éruption suintante et prurigineuse du cuir chevelu et des oreilles; nouvelle poussée au printemps de la même année; mais cette dernière s'accompagna d'un exanthème suintant disposé en cercle, disséminé sur les bras et les jambes. Quelques bains sulfureux l'améliorèrent considérablement.

Elle entre à la clinique pour une poussée récente semblable à la précédente. C'est une femme grasse, d'aspect robuste, digérant bien. Pas d'albumine dans les urines. Viscères sains; il existe un souffle extracardiaque très net. Séborrhéide eczématisée, suintante du cuir chevelu, en arrière des oreilles et sur leur pavillon, entre les seins, sous les seins; placards juxta-ombilicaux. Traces dans le dos; placards disséminés sur les bras, arrondis, rouges, à peine suintants, un peu croûteux. Placards semblables sur la face antérieure des deux jambes, mais plus rouges, plus suintants, très prurigineux. Il en existe un petit nombre sur la face postérieure et externe de la partie inférieure des cuisses. Ils sont ronds, bien dessinés.

On note, sans y attacher d'importance, l'existence de nombreux ganglions durs, mobiles, ronds, indolents, serrés, occupant la face latérale du cou, de l'aisselle et de l'aine. La malade les a remarqués déjà l'hiver précédent et croit en avoir toujours eu.

Pommade soufrée, bains sulfureux. Enveloppement humide des jambes. Amélioration rapide et considérable de toutes les lésions, sauf peut-être aux jambes, où elles sont sèches, mais d'un rouge vif et très prurigineuses.

Le 25 novembre, on s'aperçoit que la malade présente sur les avant-bras et les mains une éruption tout à fait singulière, qu'elle dit toute récente, et qui s'accompagne de vives démangeaisons.

Main gauche : la peau en est sèche, écailleuse, comme une main de manouvrière. Les doigts sont déformés par du rhumatisme noueux moyennement développé, sans grande déformation. En promenant les doigts sur le dos de la main, on perçoit un certain nombre de petites nodosités grosses comme une forte tête d'épingle, enchâssées dans le derme, peu saillantes; en examinant avec soin, on découvre qu'une de ces petites nodosités intradermiques est coiffée d'une sorte de bulle, du volume d'une grosse goutte d'eau, d'une transparence bleuâtre, très ferme, tendue; la collection paraît située profondément, probablement au-dessous de l'épithélium; elle est indolente. Les autres nodosités n'ont pas de collection à leur sommet.

Main et avant-bras droits : On découvre une douzaine de lésions semblables, à divers stades de développement. Les plus récentes, sur les avant-

bras en particulier, représentent des tuméfactions rouges, comparables à des fluxions urticariennes, mais plus fermes de consistance ; un petit nombre, sur le dos de la main, offrent au sommet des vésicules tendues, semblables à celles que nous avons décrites à la main gauche, mais plus petites. Ces collections évoluent de la manière suivante : sur la nodosité dermique initiale apparaissait au bout de deux ou trois jours une vésicule unique, comme disséminée, qui grossissait jusqu'au volume d'un pois et était alors ronde et transparente, mais toujours profonde dans l'épiderme. En deux ou trois jours, le liquide se résorbait, la saillie s'effaçait profondément ; il subsistait une certaine infiltration profonde, rouge, avec très légère desquamation furfuracée, et qui disparaissait elle-même en une semaine environ. Au même moment un œdème notable occupait la face dorsale des deux mains.

Tous ces accidents étaient complètement passés après quinze jours ; tout au plus le toucher percevait-il de petites indurations profondes qui finirent par se résorber complètement.

L'état général était alors très bon de tout point. Les lésions de séborrhéides étaient en bonne voie, sauf sur les jambes : là, le prurit était très violent ; les placards se couvrirent sans cesse de petites pustules superficielles, et le suintement présenta une coloration bleue et l'odeur particulière du pus pyocyanique.

Le 20 décembre, la malade se plaignit d'une tumeur axillaire à droite. On vit alors que l'aisselle de ce côté était remplie de ganglions gros comme une forte noix, mobiles les uns sur les autres : il y en avait à peu près autant du côté gauche. Les côtés du cou et les creux sus-claviculaires étaient remplis de ganglions semblables, mais un peu moins volumineux et indolents. Ganglions épitrochléens à droite. Nombreux ganglions dans les deux plis inguinaux ; masses dans les fosses iliaques. Ganglions sous-maxillaires.

Rate et foie normaux à la percussion.

1er janvier. La malade pâlit un peu. L'examen extemporané du sang frais ne montre pas de leucocytose appréciable.

5 janvier. Ablation d'un ganglion axillaire à droite ; on en trouvera plus loin la description macro- et microscopique.

25 janvier. Pâleur, affaiblissement.

5 février. Examen du sang par mon interne, M. Dalous.

Globules rouges : 3,689,000.
Globules blancs : 12,400.

Pourcentage de ces derniers :	lymphocytes	60,6
	mononucléaires	19,4
	polynucléaires	16,8
	éosinophiles	3,2

Examen des urines :

Par 24 heures	1.000
Densité	1.021
Réaction	acide.

Chlorures	13.40
Phosphates	0.901
Urée	19.215

Dépôt d'acide urique ; ni sucre, ni albumine.

Les démangeaisons sont extrêmement vives au niveau des placards des jambes. A ce moment on note ce qui suit : sur la jambe droite, placard occupant la face antéro-interne de la tubérosité du tibia aux malléoles, de forme ovalaire, à bords nets, recouvert de croûtes squameuses ; quelques autres, discoïdes, moins étendus, disséminés sur le reste du membre ; mêmes désordres à gauche.

Depuis deux jours, toutes ces lésions ont pris une teinte rouge-brun, très congestive. La malade nous fait voir que le grattage suffit pour faire naître sur la face interne de la cuisse des ecchymoses étendues au pourtour des placards eczématisés. Piqueté hémorrhagique très fin.

Injections de cacodylate. On est obligé de les abandonner au bout de deux jours, parce qu'elles s'accompagnent de vastes ecchymoses.

14 février. Aggravation extrêmement rapide de l'état général. Pouls lent, extrême faiblesse. La recherche de la matité splénique est toujours négative. Aucune altération viscérale appréciable. Les ganglions sont stationnaires.

Depuis vingt-quatre heures, brusque décoloration des séborrhéides des jambes ; le prurit a complètement cessé. On ne constate plus qu'une surface un peu squameuse, encore teintée en brun, avec des traces de grattage ancien sur les bords.

Examen du sang par M. Dalous :

Globules rouges :	2,480,000
Leucocytes :	8,394

Hémoglobine : la quantité est exactement la moitié de ce qu'elle devrait être normalement (à l'hémochromomètre de Hayem).

Pourcentage des leucocytes :	Lymphocytes	83
	Mononucléaires	3
	Polynucléaires	13
	Éosinophiles	1

Nombreuses formes de passage entre les lymphocytes et les mononucléaires. Pas d'altération morphologique des hématies.

20 février. Aggravation rapide ; faiblesse extrême ; insomnie, pâleur, inappétence ; pouls très petit. État subconscient. Sang presque décoloré.

Deuxième examen du sang par M. Dalous :

Hématies	1,271,000	Mononucléaires	11
Leucocytes	5,161	Polynucléaires	25
Lymphocytes	63	Éosinophiles	1

23 février. La malade est emmenée, mourante, par ses enfants ; elle succombe peu de jours après.

Examen du ganglion axillaire extirpé. — Macroscopiquement, c'est une

masse sphérique absolument compacte et homogène, d'un gris bleuâtre, sans trace de vascularisation ou de ramollissement.

Fixé par le Flemming dans l'alcool ; coloré par la safranine et le bleu polychrome.

Les coupes présentent une vaste nappe de lymphocytes distribués d'une manière continue, sans trace de systématisation. N'y-a-t-il que des lymphocytes ? Assurément, ils représentent la grande majorité des éléments ; mais il est parfois bien difficile d'affirmer qu'on n'a pas affaire à des mononucléaires. En effet, bon nombre de cellules sont plus grandes, leur protoplasma plus abondant, leur noyau relativement plus petit. Le fait le plus important et le plus net est la présence d'un grand nombre de mitoses à tous les degrés de développement, occupant précisément des lymphocytes parfaitement caractérisés.

J'insiste sur ces mitoses, parce que leur présence a été l'objet de contestations. D'autre part, elle peut mener à des conclusions intéressantes en ce qui touche l'origine de la lymphocytose ; en un mot, tout cela cadre entièrement avec les données d'Ehrlich et Lazarus sur la leucémie lymphatique.

Examen histologique d'un fragment de peau excisée d'un des placards des jambes. — Je voulais voir s'il existait à leur niveau des infiltrats lymphatiques. Je n'y ai trouvé absolument que les altérations habituelles aux séborrhéides ordinaires. Les lésions inflammatoires étaient assez superficielles, modérées ; et assurément elles ne présentaient aucune modification du fait de la lymphocythémie de la malade.

Cette observation rentre exactement dans le cadre de l'adénie, de la pseudo-leucémie ; elle confirme la manière de voir d'Ehrlich et Lazarus, que l'adénie est une leucocythémie sans leucocytose, mais avec lymphocythémie, une lymphocytose ; c'est un type de la leucémie lymphatique (1).

Pour nous en tenir aux résultats qui offrent le plus d'intérêt au dermatologiste, nous constatons d'abord l'existence de manifestations urticariennes assez singulières : la présence de cette unique, solide et grosse vésicule au sommet des pomphi, le dessèchement sur place, sans érosion ni suintement, de cette vésicule permettent de croire que la collection occupait les couches les plus profondes de l'épiderme. La disparition totale et relativement rapide de tous ces éléments éruptifs autorise à croire qu'il s'agissait uniquement de phénomènes vaso-moteurs sans néoformation lymphocytaire fixe locale. On sait dès longtemps qu'il peut se produire, au cours de la leucémie, des altérations liées cliniquement, mais non anatomiquement à la maladie générale. Pincus en cite une observation personnelle et rappelle celle d'Hallopeau et Prieur ; mais il les considère comme

(1) Cf. le travail de PINCUS : *Arch. f. Derm. u. Syphil.*, 1899, t. L, p. 37, où l'on trouvera réunis une foule de renseignements et de nombreuses indications.

appartenant l'une et l'autre à la leucémie myélogène, à la leucocythémie vulgaire ; il est vrai que dans le cas d'Hallopeau et Prieur, les accidents furent ceux d'un prurigo plutôt que d'une urticaire ; mais ces deux processus sont très voisins dans bien des cas.

D'autre part, M. Hayem signale expressément l'existence d'un prurigo violent dans un cas de pseudo-leucémie avec lésion de la rate. Il est probable qu'en dépouillant les observations publiées de pseudo-leucémie, de leucémie lymphatique, on en trouverait bon nombre d'autres où de pareils accidents sont signalés. C'est le troisième type de Pincus : poussées exsudatives, urticariennes ou prurigo, non leucémiques elles-mêmes, au cours de la pseudo-leucémie.

Quant aux lésions d'eczématisation présentées par le malade, je les considère comme relevant assurément d'une séborrhéide eczématisante : l'habitus extérieur, les localisations, la marche, la curabilité par le soufre en témoignent énergiquement. Mais il faut remarquer que la dermatose a évolué d'une manière anormale sur les membres inférieurs : anormale par la nature et la persistance du suintement, par l'intensité du prurit, puis par la congestion violente des placards.

L'apparence et la nature du suintement doivent être expliquées par une infection secondaire bien rare, puisqu'elle a eu pour auteur probable le bacille pyocyanique (pus bleu). Cette infection, le siège sur les membres inférieurs sont les causes du prurit extraordinaire qui occupait les territoires en question. Le fait que la biopsie ne nous a montré aucune trace d'altérations autres que celles habituelles aux séborrhéides achève de nous imposer cette interprétation.

Il n'en est plus de même de la violente congestion, allant presque jusqu'à l'hémorrhagie, qu'on a momentanément observée. Ces phénomènes sont parallèles aux ecchymoses sous-cutanées qui se produisaient alors sous l'influence du moindre traumatisme : grattage, pression violente, injection sous cutanée. Cette sorte d'hémophilie transitoire relevait évidemment des lésions extrêmement avancées du sang, de l'anémie suraiguë qui finit par enlever le malade.

Enfin on retrouve des phénomènes classiques dans cette rétrocession rapide et spontanée de la dermatose à partir du jour où la maladie générale est entrée dans sa période cachectique terminale.

En somme, *urticaire et hémophilie sous-cutanée, tels sont les accidents cutanés qui peuvent ici être mis sur le compte de la leucémie lymphatique, de la pseudo-leucémie lymphocythémique.*

Prix Zambaco.

La Société formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Jacquet, au nom de la commission chargée d'exposer

les résultats du concours pour le prix Zambaco, ayant adopté les conclusions de ce rapport, M. le président ouvre devant la Société les enveloppes cachetées et proclame les résultats du concours.

Le prix Zambaco est décerné à M. Krzystalowicz.

Un encouragement de 400 francs est accordé à M. Maurice Druelle.

Au cours de la séance, ont été élus :

Président : M. Ernest Besnier.

Vice-Présidents : MM. A. Fournier, Doyon et Mauriac.

Secrétaires annuels : MM. L. Brodier, Dubreuilh, Gastou, Perrin, Leredde et Wickham.

Membres du Comité de direction : MM. Balzer, Brocq, Tenneson, E. Gaucher et Le Pileur.

Membres titulaires de la Société : MM. Bisserié, Bizard et H. Malherbe.

Membres correspondants : MM. Pini, Spiegler, Pardo Regidor, Elliott, Majocchi, Mœller, Proksch et Filaretopoulo.

Le Secrétaire,

L. Brodier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

BRESLAUER DERMATOLOGISCHE VEREINIGUNG

Séance du 6 janvier 1900.

Infection syphilitique d'une sage-femme.

TEMPEL présente une accoucheuse de 42 ans qui a contracté la syphilis en exerçant sa profession. Actuellement elle a encore une syphilide maculo-papuleuse. T. demande quand cette malade pourra reprendre ses occupations.

NEISSER déclare qu'il est impossible de répondre d'une manière générale à cette question. Tant qu'il existe sur les mains et les bras des lésions syphilitiques, des traumatismes quelconques, il faut interdire toute pratique; mais si la malade a les mains et les bras sains, N. conseillerait une surveillance très rigoureuse et en même temps un traitement chronique intermittent énergique, mais sans défendre la pratique de sa profession.

Lichen atrophique.

ZARUBIN présente un malade qui a eu pour la première fois il y a 4 ans une affection de la peau disparaissant l'hiver et revenant constamment à l'automne. Cette affection consiste en lignes d'environ 2 à 3 millim. de largeur, plus ou moins irrégulières, rouge brun, quelques-unes légèrement saillantes, qui entourent des parties de la peau, à état atrophique plus ou moins caractérisé suivant les points.

En outre, quelques élevures papuleuses ressemblant à des papules de lichen ruber en voie de régression.

NEISSER pense qu'on ne saurait mettre en doute le diagnostic de lichen ruber, les papules sont tout à fait typiques ; mais on ne sait pas pourquoi la guérison se fait par atrophie.

Séance du 5 février 1900.

Pityriasis rubra pilaire.

NEISSER présente un garçon de 4 ans et demi, atteint de pityriasis rubra pilaire étendu d'une manière diffuse sur tout le corps. L'affection existe depuis plusieurs années et a en apparence entravé le développement physique du petit malade; malgré des soins très attentifs, il est petit et délicat. Le cas actuel est très caractérisé, sans présenter rien de spécial.

Selon N., c'est à tort qu'on a identifié le lichen ruber acuminé et le pityriasis rubra pilaire. Les deux maladies existent et sont absolument distinctes. Il termine en exposant les différences cliniques et histologiques de ces deux affections.

Sclérodermie en bandes sur les lignes de Voigt.

Lion présente une malade atteinte de sclérodermie en bandes. Elle constata pour la première fois, en mai 1898, une bande brune étroite qui peu à peu s'étendit et devint plus foncée, de sorte qu'au bout de trois mois elle avait la largeur actuelle d'un centimètre et demi; à la Noël 1898, cette malade aurait remarqué une dépression au centre.

Au commencement de janvier 1900, il existe une bande sclérodermique exactement au milieu du front, descendant sur l'aile gauche du nez, et remontant d'environ 3 centimètres au-dessus de l'implantation des cheveux. Dans la partie médiane, la peau est lisse, brillante, blanche, légèrement déprimée, très adhérente aux tissus sous-jacents ; sur les bords il existe un liséré pigmenté d'un jaune brunâtre. La sensibilité est conservée ; les cheveux, au niveau des parties malades, ne sont pas altérés.

Ce cas est intéressant par sa localisation non sur le trajet d'un nerf, mais sur une ligne de démarcation de Voigt. Sous l'influence de l'électrolyse, la peau est devenue plus molle et plus mobile.

Sclérodermie circonscrite.

Löwenheim présente un garçon de 5 ans chez lequel on a traité depuis plus d'un an avec l'électrolyse quelques foyers de sclérodermie. Les résultats ont été satisfaisants.

On sent encore dans la peau une dureté semblable à du cuir, mais elle n'a plus cette raideur cartilagineuse d'autrefois. Les foyers ont été traités 12 fois avec 2 milliampères. La douleur paraissait augmenter avec le temps dans les territoires malades.

Epstein remarque que l'emploi de 3 milliampères ne détermine pas une douleur notable ; il faut appliquer l'électrolyse non seulement dans la plaque sclérodermique, mais aussi à la périphérie.

Urticaire pigmentaire congénitale.

Raab présente un cas d'urticaire pigmentaire congénitale chez un enfant, d'ailleurs bien portant, âgé de 9 mois, qui est atteint d'une tétanie légère et a des réflexes cutanés un peu exagérés. Organes internes sains.

L'affection est ici congénitale, non seulement d'après le dire de la mère, mais aussi d'après le médecin qui était présent à l'accouchement. La maladie existait déjà à cette époque au même degré et sous la même forme. Il y a constamment un léger prurit. On n'a pas observé de poussées d'urticaire. L'enfant est né de parents sains, et il a 4 frères et sœurs bien portants,

Mycosis fongoïde avec vitiligo.

Scholtz présente une malade qui se trouve à la période des tumeurs. Sur le tronc et la cuisse droite, foyers plus ou moins étendus, eczémateux, lichénoïdes et psoriasiformes et tumeurs plus ou moins volumineuses. La peau des régions du corps en dedans desquelles sont situés les foyers mycosiques (thorax et dos) présente une pigmentation diffuse d'un brun foncé uniforme qui se perd peu à peu dans les parties saines. En dedans de ces régions hyperpigmentées de la peau, il existe quelques taches typiques

de vitiligo. D'après le dire de la malade, la coloration brunâtre de ces régions est survenue à peu près en même temps que les foyers mycosiques et peu après les taches de vitiligo commencèrent à se développer. On ne saurait attribuer l'hyperpigmentation à un traitement quelconque et l'examen microscopique montre du reste que les cellules basales sont très pigmentées et qu'il y a un dépôt de pigment extra et intra-cellulaire dans le chorion. Le pigment ne donne pas de réaction ferrugineuse. Les taches de vitiligo occupent des régions de la peau tout à fait normales, seulement hyperpigmentées, ou bien s'étendent sur les foyers mycosiques.

Ni la clinique, ni l'histologie ne permettent d'établir un rapport étiologique quelconque entre le mycosis et les foyers de vitiligo. Le vitiligo n'apparaît ni sur les foyers mycosiques en voie de guérison, ni ne les précède. Il n'existe de rapport entre les deux affections qu'en ce sens que le vitiligo a atteint exclusivement les parties qui sont simultanément envahies par le mycosis fongoïde.

S. est d'avis qu'on ne peut établir de corrélation entre le mycosis fongoïde et le vitiligo qu'en ce sens que l'hyperpigmentation de ces régions du corps, qu'il faut rapporter au processus mycosique, pourrait avoir été en quelque sorte remplacée par le vitiligo.

Les différents traitements n'ont pas donné de résultat.

Séance du 24 février 1900.

Lésions unguéales dans le psoriasis.

Chotzen présente un malade atteint depuis 3 ans de psoriasis punctata et nummularis. Les ongles des doigts sont non seulement secs et friables comme on le voit fréquemment, mais sur 8 doigts il y a une altération psoriasique qui d'une part a envahi le bord libre de l'ongle, de l'autre s'étend de la lunule au corps de l'ongle. Il en résulte que l'ongle, sur les bords antérieur et postérieur, est limité par des traînées friables, jaune clair, inégales qui n'ont laissé de l'ongle sain qu'une zone intermédiaire étroite d'un rose clair. Les orteils ne présentent qu'en quelques points des opacités sur le bord antérieur libre des ongles.

Endothéliome (?)

Harttung présente un malade qui déclare être atteint de l'affection actuelle depuis six semaines. Une nodosité occupant l'avant-bras droit augmenta peu à peu de volume et fut bientôt suivie d'autres nodosités sur les deux bras, puis aux jambes; ces nodosités ne le gênèrent d'abord en rien et son état général n'était nullement altéré, mais il constate, depuis environ 15 jours, une lassitude dans les jambes et une mollesse croissantes.

Sur tous les membres il existe de grosses saillies hémisphériques sur lesquelles la peau n'est modifiée que sur le bras droit. Elle est ici de coloration livide, rouge-bleu, à limites irrégulières, les couches supérieures se desquamant légèrement sous forme de petites squamules cornées. Les dimensions des nodosités varient de celles de la paume de

la main à celles d'une pièce d'un franc. Elles sont solides, aplaties, peu compressibles ; la plupart peuvent être facilement soulevées des parties profondes; elles sont limitées par un bord mince tranché. A droite, la saphène et une des veines superficielles du coude droit forment des cordons durs presque sclérosés. Les ganglions lymphatiques sont modérément hypertrophiés, la rate n'est pas tuméfiée, les poumons sont indemnes.

H. crut d'abord qu'il s'agissait d'une myosite syphilitique interstitielle avec propagation dans la peau. Mais un examen plus attentif et une biopsie montrèrent d'une manière certaine qu-il ne s'agissait pas de syphilis. H. est porté à croire qu'on a affaire à un endothéliome malin.

Neisser n'a jamais vu un cas semblable, et par suite réserve son diagnostic. Toutefois il croit qu'il faut tenir compte de la possibilité d'une myosite syphilitique et d'une induration chronique du tissu conjonctif; dans ce but il y a lieu de prescrire un traitement énergique avec l'iodure de potassium, qui tranchera la question. A. Doyon.

DERMATOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 10 octobre 1900.

Éruption vésiculo-bulleuse récidivante.

H. G. Adamson présente un homme de 29 ans qui, depuis trois mois, est atteint d'une éruption qui occupe la face dorsale des mains et les deux faces des poignets. L'éruption commence par un groupe de fines vésicules qui confluent en une large phlyctène ; celle-ci s'étend encore par l'adjonction de nouvelles vésicules sur ses bords ; la phlyctène se déchire laissant une surface suintante de 2 à 3 centimètres de diamètre qui guérit sans cicatrice au bout d'une semaine. Les poussées se succèdent depuis trois mois et s'accompagnent de démangeaisons et de cuissons violentes. Rien ailleurs sur le corps. Une première atteinte analogue, il y a huit ans, a guéri par l'arsenic.

La recherche microscopique du trichophyton est restée négative.

A. pense qu'il s'agit de quelque variété de dermatite herpétiforme.

Fibromatose multiple.

W. Evans montre une femme de 45 ans qui, dès son enfance, a vu apparaître dans sa peau de petites tumeurs. Elles se sont constamment multipliées, et il y en a maintenant partout excepté aux paumes et aux plantes; les plus grosses ont le volume d'une petite orange, toutes sont très molles. La jambe et le pied gauches présentent un état pseudo-éléphantiasique. La malade a une intelligence peu développée, elle a une lésion de la valvule mitrale.

Sclérodermie.

Ormerod montre un garçon de 10 ans qui, en mai 1899, eut de l'arthrite du genou gauche; on lui mit une attelle plâtrée pendant deux ou trois

mois. Au bout de ce temps, la peau de la jambe était devenue blanche, dure et luisante. Peu à peu la sclérodermie atteint tout le membre inférieur gauche, puis apparaît sous forme de plaques sur le tronc, la face, les membres supérieurs. Le membre inférieur droit est seul respecté. Il y a un ulcère rebelle au-devant du genou gauche et un autre sur le dos du pied gauche. Aucun trouble de la sensibilité. Depuis quelque temps, il y a un peu d'amélioration.

Séance du 14 novembre 1900.

A propos du lichen plan.

C. Fox présente deux malades.

I. — Un homme de 39 ans, robuste, habitant la campagne, est pris, il y a quatre ans, d'une éruption généralisée qui fut diagnostiquée eczéma ; elle s'accompagnait de suintement, de croûtes et de desquamation ; la peau était très rouge et infiltrée. Il entra à l'hôpital deux ans après le début et guérit assez promptement. Pendant la décroissance de l'éruption, on remarqua des sueurs profuses et l'apparition un peu partout, mais surtout sur le dos, d'abondantes papules rouges et lisses. Le malade vient de rentrer à l'hôpital avec une éruption semblable qui s'est rapidement améliorée. Actuellement, le dos est criblé de petites papules rondes, rouges et lisses. Le présentateur croit que le malade est atteint de lichen plan et que l'éruption eczématiforme surajoutée est le résultat du grattage.

II. — Un homme de 35 ans, atteint depuis cinq ans d'une éruption généralisée ne respectant que la face, le cuir chevelu, les mains et les pieds.

La peau est couverte d'un réseau de larges bandes rouges enchevêtrées et anastomosées, laissant entre elles des îlots de peau saine. Ces bandes éruptives sont rouges, infiltrées, un peu saillantes et un peu écailleuses ; pas de prurit ; tous les traitements sont restés infructueux.

Le présentateur élimine le psoriasis, le pityriasis rubra et même le lichen plan. Il croit qu'il s'agit de parakeratosis variegata, opinion qui est appuyée par Pringle.

Lupus érythémateux des muqueuses.

Galloway présente une femme de 52 ans, atteinte depuis un an de lupus érythémateux de la face et des mains. Toute la voûte palatine est semée de plaques érythémateuses superficiellement exulcérées ou recouvertes d'une muqueuse blanchâtre et desquamante. Il n'y a aucune sensation subjective. G. remarque la rareté du lupus érythémateux sur la muqueuse buccale, tandis que le lichen plan s'y localise très volontiers.

Urticaire papuleuse.

G. Little présente un enfant de 15 mois porteur d'une éruption papuleuse discrète, mais très étendue, datant de quatre jours. Les papules des fesses ont tous les caractères du lichen plan ; celles des membres sont nettement urticariennes. Il s'agit d'un de ces cas que Colcott Fox a autrefois décrits sous le nom de lichen infantum, mais qu'il rattache maintenant non au lichen plan, mais à l'urticaire papuleuse.

Syphilis héréditaire tardive.

G. Pernet montre une fille de 16 ans chez qui les premiers accidents datent d'un an. A cette époque elle a eu une tumeur au-devant de la jambe gauche qui s'est ulcérée puis a guéri en laissant une cicatrice. Six mois après, une lésion analogue est survenue à la malléole interne droite. Il y a maintenant des tuméfactions du périoste sur les deux tibias, s'accompagnant de douleurs très vives exclusivement nocturnes. Il y a un réseau de cicatrices linéaires autour de la bouche ; les incisives centrales supérieures sont altérées mais non typiques. Il paraît y avoir eu un peu de kératite interstitielle à l'âge de 10 ans. Le père est mort de phtisie galopante. Le traitement ioduré a produit une amélioration rapide.

Ulcus rodens.

R. Crocker et G. Pernet montrent une femme de 39 ans qui a été présentée au Congrès de Londres en 1896, avec le diagnostic provisoire de « plaque jaune de la tempe ». Il y avait alors une plaque ronde de 1 pouce un quart de diamètre, saillante de 1/16 de pouce, jaune pâle, parcourue par des vaisseaux superficiels dilatés. Le début, remontant à deux ans, avait eu lieu par un point blanc qui avait peu à peu grandi.

Deux ans après, on trouve au centre de la plaque une cicatrice et une petite ulcération dont le bord rappelle le bourrelet de l'ulcus rodens. Ce diagnostic est confirmé par l'examen microscopique après excision totale de la plaque.

En 1900, la malade revient avec une tumeur hémisphérique de un demi-pouce de large, ferme et parcourue par des vaisseaux dilatés, située sur le bord de la cicatrice. Sur les coupes microscopiques, on trouve des amas colloïdes.

J. Sequeira montre trois malades atteints d'ulcus rodens étendu, l'un amélioré, les deux autres guéris par l'emploi des rayons de Röntgen. La cicatrisation se fait très rapidement (quinze jours dans un cas). Le bourrelet périphérique est ce qui dure le plus longtemps.

Séance du 12 décembre 1900.

Tuberculides.

Colcott Fox présente deux malades.

I. — Femme de 25 ans ; cyanose habituelle des extrémités ; père mort de maladie aiguë ; pas de traces de tuberculose dans la famille.

L'éruption, qui dure depuis cinq ans, est formée de nodules acnéiformes rouges et indolents situés à la partie inférieure des deux jambes. Ces nodules sont parfois centrés par un follicule. Il n'y a presque pas de suppuration mais plutôt de la nécrose.

Les nodules se groupent en plaques infiltrées parfois assez profondes avec de larges ulcères nécrotiques.

II. — Une fille de 13 ans, sans antécédents ni tares tuberculeuses, d'aspect robuste et bien bâtie, a présenté depuis un an une série de lésions nodulaires sur les fesses et la partie inférieure du dos. On en trouve maintenant une vingtaine du volume d'un pois à celui d'une noisette,

saillants, infiltrés, entourés d'une zone violacée, exulcérés au sommet. Après leur guérison, ils laissent une cicatrice profonde.

Alopécie atrophique.

Galloway présente un homme de 40 ans qui, depuis quatre ans, a vu apparaître et grandir une plaque d'alopécie qui occupe maintenant tout le menton ; elle est bien limitée, complètement glabre, et ressemble à une pelade, sauf les cicatrices ponctuées qui marquent la place des follicules détruits et l'érythème qui accompagne les lésions.

Atrophie cutanée avec télangiectasies.

G. Little montre une femme bien portante qui a remarqué depuis trois ans de la rougeur du front avec des sensations de cuisson et de prurit, s'aggravant en été. La peau du front est très ridée et d'un rouge brique. Cette couleur est due à de très petites télangiectasies entourées d'une aire atrophique qui forment des sillons blancs quand l'on tend la peau. Des varicosités analogues, mais moins nombreuses. se voient sur les joues, le cou et le dos des mains.

Urticaire pigmentaire.

M. Morris montre un jeune officier qui, pendant son service dans l'Afrique du Sud, a vu sa peau se couvrir de macules rouge-brun de la grandeur d'un point à celle d'une pièce de un shilling. Elles étaient au début saillantes et très prurigineuses, plus tard elles se sont affaissées en laissant une certaine atrophie cutanée.

J. Galloway rappelle un malade présenté en 1892 par S. Mackenzie, avec des lésions tout à fait semblables, qui avaient de même débuté en Afrique australe. Il croit aussi à une forme tardive d'urticaire pigmentaire.

Parakeratosis variegata ou lichen variegatus.

R. Crocker présente un homme de 23 ans, atteint depuis dix-huit mois d'une éruption qui s'est graduellement généralisée, s'accompagnant d'un léger prurit nocturne. Sur le tronc ce sont des groupes vaguement circinés de papules miliaires pâles et un peu pourprées, nullement squameuses. Sur les membres supérieurs l'éruption est plutôt réticulée et formée de papules ressemblant à celles du lichen plan ; sur les cuisses elle est disposée en macules rouges, parfois un peu squameuses. Les papules en disparaissant laissent des points atrophiques.

Séance du 9 janvier 1901.

Kératose folliculaire.

G. Little présente un garçon de 8 ans qui, depuis six mois, est atteint d'une éruption formée de groupes de papules cornées saillantes, surmontées d'une épine dure. Cela répond à l'acné cornée de certains auteurs français. Quand on décape la surface avec de l'eau et du savon, les épines cornées s'enlèvent en laissant une petite dépression arrondie. L'éruption est parfaitement symétrique. Il y a une plaque au niveau du

condyle interne de chaque tibia où les papules sont disposées en tourbillons ; une autre plaque au niveau du condyle interne du fémur ; des papules disséminées dans les creux poplités ; des groupes compacts dans les aines et à la face externe des cuisses; un petit groupe de chaque côté de l'ombilic ; des papules disséminées sur l'abdomen et la poitrine, sur la face interne des bras et les plis du coude. La santé générale n'est pas altérée ; les autres enfants de la famille n'ont rien de semblable.

Gangrène disséminée.

G. Little montre une fillette de 9 mois, nourrie au sein et bien portante jusqu'au commencement de décembre. A ce moment on remarque un bouton sur la face dorsale du pied droit qui, au bout de peu de jours, fait place à un ulcère profond. Les jours suivants, d'autres lésions analogues apparaissent sur le pied droit, la partie inférieure du dos, les jambes et les cuisses. Il n'y avait pas de fièvre ; les autres enfants de la maison n'ont rien eu ; il n'y a pas de syphilis dans la famille ; le père, qui habitait dans la même chambre que l'enfant, est mort de tuberculose dix semaines avant l'apparition de l'éruption.

Actuellement on trouve dans la région sacrée quelques ulcères creux à bords décollés et de mauvaise mine, avec une suppuration fétide. Des ulcères analogues sont très nombreux sur les jambes et les pieds ; quelques très petites pustules sur les avant-bras, les poignets et les cuisses. Après son entrée à l'hôpital il est survenu une fièvre élevée ; elle a diminué depuis, en même temps que les ulcères se sont améliorés sous l'influence de bains d'eau boriquée. Les lésions ressemblent au cas d'ecthyma térébrant réprésenté dans l'Atlas du Musée Saint-Louis.

C. Fox pense qu'il s'agit d'une tuberculide en raison de la forme des ulcères et de la présence de lésions acnéiformes mélangées. La plupart des assistants admettent une dermatite gangreneuse infantile.

Parakeratosis variegata.

Mac Leod montre des préparations du cas présenté par C. Fox à la dernière séance. Les coupes ont porté sur une papule récente de 4 millim. sur 2, anguleuse, un peu violacée et à peine squameuse. Le stratum mucosum est aminci et œdématié. La couche granuleuse est diminuée. La couche cornée est altérée, a moins de cohésion, mais sans parakératose vraie, sans persistance des noyaux. La couche papillaire est aplatie, de sorte que la ligne de contact de l'épiderme et du derme est une ligne droite ; elle est œdématiée, les vaisseaux sont dilatés et entourés de leucocytes.

Il y a, en somme, inflammation superficielle de la couche papillaire avec œdème ; le nom de parakératose n'est pas justifié dans ce cas.

R. Crocker montre un autre cas chez un mécanicien de la marine âgé de 32 ans. La maladie date de cinq ans et a débuté par la face interne des avant-bras ; puis par des poussées successives, elle s'est généralisée. Il y a eu plusieurs fois des rémissions ; le froid aggrave l'éruption ; le passage dans la chambre de chauffe provoque un peu de prurit.

L'éruption est à peu près généralisée, mais partout elle laisse des îlots

de peau saine, ce qui lui donne un aspect bigarré. L'éruption est rouge sur le tronc, un peu violacée aux membres inférieurs et couverte d'une fine desquamation pityriasique ; elle forme des traînées en réseau anastomosé entourant des îlots de peau saine ; sur les bras, certaines lésions ressemblent tout à fait au lichen plan. Il n'y a pas de lésions muqueuses et pas d'altération de la santé générale.

Xanthome diabétique sans glycosurie.

J. H. Sequeira présente une malade de 45 ans, forte et robuste. L'éruption est apparue depuis six mois sans altération de la santé générale. Ni à ce moment ni depuis, l'urine n'a jamais présenté trace de glycose ; on note seulement que le foie est un peu gros.

L'éruption, à peu près généralisée, est formée de petites tumeurs solides enchâssées dans la peau ; les plus grosses ont de 2 à 4 millimètres et sont d'un jaune pâle, les plus petites sont roses. Elles sont plus grosses et plus abondantes sur le cou, les fesses et le côté de flexion des membres.

L'examen microscopique a montré les lésions ordinaires du xanthome diabétique. L'épiderme est intact. La tumeur est formée d'une masse de cellules du tissu conjonctif, les unes petites et rondes, les autres grandes et fusiformes. Quelques-unes présentent des traces de dégénérescence graisseuse ; on trouve en outre une substance granuleuse jaunâtre, infiltrée dans les interstices du tissu.

Sarcome multiple hémorrhagique de Kaposi.

J. H. Sequeira présente un homme de 65 ans, goutteux, qui depuis cinq ans est atteint d'une infiltration des jambes et de la main gauche. Sur la main et les doigts la peau est épaissie, dure et bleuâtre. Sur le dos de la main il y avait une petite tumeur pédiculée, grosse comme une mûre, molle et pourpre. L'examen microscopique a montré un tissu inflammatoire analogue à celui de la botryomycose. Depuis lors sont apparues d'autres tumeurs analogues du volume d'un pois. Sur les jambes, la peau est épaisse, dure et brune ; sur les pieds, elle est bleuâtre. Çà et là sont des tumeurs verruqueuses ou aplaties. W. D.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Actinomycose.

Actinomycose (Actinomycosis), par C. A. Porter. *Boston medical and surgical Journal*, 13 sept. 1900, p. 251.

P. rapporte 8 observations nouvelles d'actinomycose de la face, parmi lesquelles quelques-unes présentent des particularités assez curieuses.

Obs. I. — Cocher de 22 ans. Début dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, avec l'allure d'un abcès froid sans rapport avec les dents qui sont saines, ni avec aucun traumatisme.

Obs. II. — Homme de 45 ans, s'enfonce un cure-dent (probablement en bois) dans le plancher de la bouche, sous la langue; en retirant le cure-dent un fragment resta dans la plaie.

Celle-ci s'indure au bout d'une semaine; puis le gonflement gagne la région sous-maxillaire et, au bout de deux mois, y forme une tumeur fluctuante. A l'ouverture on y trouve des grains d'actinomycose. Dissection et excision de toutes les parties malades. A la partie supérieure du foyer on retrouva le morceau de cure-dent.

Obs. V. — Début par une tuméfaction fluctuante au niveau de la mâchoire inférieure du côté droit, assez superficielle, mobile sur les parties profondes; pas de carie dentaire ; grains jaunes dans le pus. Excision du foyer morbide qui est formé d'un sac fibreux rempli de fongosités. On y trouve un certain nombre de débris noirs qui sont des fragments d'un insecte coléoptère. Rien dans les commémoratifs n'explique la présence de cet insecte. Cependant, fait remarquer l'auteur, il est difficile de faire pénétrer un insecte dans l'épaisseur de sa joue sans s'en apercevoir.

Obs. VII. — Début à la suite d'une fracture du maxillaire supérieur et dans le foyer même de la fracture.

Les autres cas sont consécutifs à des caries dentaires.

P. fait remarquer la limitation très nette des foyers toujours remplis ou tapissés de fongosités, mais enkystés par du tissu fibreux dur. Pas de tuméfaction ganglionnaire. L'extension paraît se faire par la voie sanguine plutôt que par les lymphatiques ; on ne peut affirmer la nature des grains jaunes que par l'examen microscopique, car ils peuvent être simulés de très près par des grumeaux de fibrine ou de matière tuberculeuse, ou par des amas de bactéries de la bouche, notamment de leptothrix buccalis. Même à un examen microscopique superficiel les amas de leptothrix peuvent être pris pour des grains d'actinomycose.

Tous les cas de P. ont été traités chirurgicalement avec succès; aucun ne paraît avoir été traité par l'iodure de potassium. W. D.

Atrophie cutanée.

Atrophie idiopathique diffuse de la peau (Ueber einen Fall diffuser idiopathischer Hautatrophie), par W. Bechert. *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIII, p. 85.

Femme de 51 ans, dont presque toute la surface cutanée était d'une coloration spéciale, allant d'une teinte claire au rouge-brun foncé, amincie, très plissée et sillonnée par des vaisseaux dilatés. Ces modifications étaient surtout caractérisées sur la face dorsale des mains, des coudes et des genoux, à un faible degré sur la partie externe des bras et à la face antérieure des jambes. En ces derniers points la peau était d'un blanc brillant, très adhérente aux tissus sous-jacents.

La malade fait remonter le début de son affection à l'âge de 15 ans, à la suite d'un refroidissement contracté en travaillant très souvent dans de l'eau froide. Il survint alors sur l'avant-bras et la face dorsale de la main du côté droit une rougeur qui prenait alternativement un caractère humide et squameux. Les lésions de la peau s'étendirent, surtout à partir de 45 ans, successivement à d'autres régions. La malade est extrêmement sensible à l'action du froid ; une pression ou un coup même insignifiants détermineraient immédiatement une coloration noir-bleu des parties atteintes.

Douleurs rhumatismales et goutteuses ayant occasionné des nodus volumineux aux mains et aux pieds et de véritables ankyloses de quelques doigts. La sensibilité à la température est normale ; par contre, il y a hyperesthésie et diminution de la sécrétion sudoripare ; organes internes sains ; ni sucre ni albumine.

Les résultats de l'examen microscopique d'un fragment de peau excisé à l'avant-bras concordent dans les points essentiels avec ceux de Buchwald, Pospelow, Neumann. B. a également constaté la disparition du tissu adipeux, l'atrophie du corps de Malpighi, l'absence de papilles, la rareté des glandes sudoripares et des follicules pileux et des amas de cellules rondes dans les parties supérieures du derme. Les fibres élastiques et le tissu conjonctif de nouvelle formation étaient hypertrophiés et sclérosés.

On ne connaît pas jusqu'à présent les causes qui amènent ces lésions de la peau d'une manière précoce, sans que les autres organes soient atteints. A. Doyon.

Blastomycose.

Trois cas d'infection blastomycétique de la peau (Three cases of blastomycetic infection of the skin : one case limited to a tumor of the lower lip), par F. H. Montgomery et H. T. Ricketts. *Journal of cutaneous and gen.-urin. diseases*, janvier 1901, p. 26.

I. — Homme de 45 ans, travaillant dans les magasins de blé et exposé constamment à la poussière. Depuis un an il a des gerçures de la lèvre inférieure ; depuis un mois il s'est formé au milieu de la lèvre une petite élevure croûteuse accompagnée d'une légère sensation de cuisson. Sur le bord libre et la face muqueuse de la lèvre inférieure, on trouve une tumeur saillante de trois quarts de pouce de large ; sa surface est rouge clair, irré-

gulièrement mamelonnée, non ulcérée, sécrétant un peu de sérosité. Il n'y a pas d'induration sous-jacente, pas d'adénopathie. La tumeur a l'aspect d'un épithéliome mais n'en a pas la consistance. Sous l'influence de l'iodure de potassium à haute dose, la tumeur s'affaisse un peu mais continue à grandir, de sorte qu'on se décide à l'exciser.

Les milieux ensemencées avec le tissu fournissent des cultures blanches d'une levure dont les cellules se multiplient par bourgeonnement et forment en outre des filaments mycéliens, ne faisant pas fermenter le lait et ne le coagulant pas. Les cellules isolées de cette levure ont de 6 à 8 μ de diamètre.

Les coupes histologiques montrent un épaississement énorme de la couche muqueuse qui envoie des prolongements profonds, mais ne forme pas dans le derme des foyers épithéliomateux isolés et contient un grand nombre de très petits abcès intra-épidermiques. Le derme est infiltré de cellules plasmatiques. On n'y trouve pas de cellules de levures, non plus de bacilles tuberculeux.

Deux cobayes inoculés avec les tissus et deux avec des cultures : un de chaque groupe a présenté des abcès contenant la même levure en grande abondance; 3 souris inoculées sous la peau avec des cultures sont mortes d'une infection généralisée du même parasite qui a été retrouvé dans les viscères. Aucun de ces animaux n'a eu de lésions de tuberculose.

II. — Charpentier, 28 ans. En juin 1894, plaie du dos de la main; il s'y fait une lésion verruqueuse, croûteuse qui grandit un certain temps, puis guérit. Quelque temps après, une plaie du menton fait la même évolution et s'étend sur tout le côté gauche de la face. La lésion, dans son ensemble, ressemble à une tuberculose verruqueuse et par places à un épithélioma. Elle présente un bord saillant auréolé de violet, infiltré, laissant sourdre du pus par des orifices multiples. A cette époque, l'examen du pus et des tissus est resté négatif; les essais de culture n'ont rien donné.

L'année suivante (1898), la maladie avait gagné les paupières gauches et le nez. Certaines parties sont cicatrisées, d'autres sont infiltrées, couvertes d'une peau mince ; la bordure plus saillante est infiltrée, papillomateuse.

A ce moment des fragments de tissu et de pus examinés dans la potasse caustique montrent de nombreux corps ronds à centre granuleux avec une membrane réfringente à double contour. Sur les coupes : développement énorme de la couche muqueuse de l'épiderme qui végète dans la profondeur et est criblée d'abcès microscopiques; le derme, infiltré de cellules plasmatiques et de leucocytes, contient des cellules géantes et des abcès miliaires. Dans les abcès miliaires épidermiques et dermiques, nombreux blastomycètes. Les expériences d'inoculation sont restées négatives.

III. — Charpentier de 33 ans. Début par un bouton sur l'épaule gauche il y a sept ans; la lésion s'est étendue sur toute la région interscapulaire, formant une vaste plaque infiltrée, saillante, verruqueuse, avec des abcès miliaires. A sept ou huit reprises il a eu des attaques de fièvre avec frisson et faiblesse extrême aboutissant à la formation d'un nouveau placard infiltré et verruqueux sur le dos ou la face. Entre temps le malade déclinait peu à peu et finissait par mourir de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, on trouve dans les poumons des lésions tuberculeuses évi-

dentes avec bacilles. L'examen des lésions cutanées montre les mêmes altérations que dans les cas précédents : hyperplasie de l'épiderme, infiltration dermique avec abcès miliaires et cellules de blastomycète à double contour. Dans la lésion ouverte de la face, on trouve quelques bacilles tuberculeux. Il a été fait un grand nombre d'inoculations avec les lésions de la peau, aucune n'a produit de la tuberculose. W. D.

Relations possibles entre la dermatite blastomycétique et le pian (Blastomycetic dermatitis and its relation to yaws. A case in point), par Isadore Dyer. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, janvier 1901, p. 14.

La malade est une femme de 55 ans, célibataire, née en Angleterre et depuis 1850 habitant la Nouvelle-Orléans. En 1898, elle a eu une petite tumeur sur le front qui fut diagnostiquée épithélioma et détruite avec une pâte caustique. En 1899, elle éprouve du malaise, de la lassitude et du gonflement des pieds, mais sans albuminurie ; puis survinrent des lésions sur le dos des mains et la joue gauche.

Sur le dos de chaque main et sur la largeur d'une pièce de 5 francs se trouvent groupées de petites élevures papillaires séparées par des traînées de peau lisse et tendue sur laquelle sont quelques pustulettes. Ces amas papillomateux laissent sourdre un pus jaune, épais, qui se dessèche en croûtes. Les lésions sont rouges, un peu douloureuses ; le centre du placard est déprimé, le pourtour est plus saillant. Sur le milieu de la joue gauche se trouve une élevure de la grandeur d'une noisette, couverte de croûtes sous lesquelles on trouve une surface végétante rouge jaunâtre, de consistance spongieuse, saignant facilement, laissant exsuder un liquide épais et gommeux. La tumeur repose sur une base largement et profondément empâtée.

Malgré un traitement local antiseptique et l'usage interne du mercure, les lésions ont continué à grandir. Sous l'influence de l'iodure de potassium, l'amélioration a été rapide et au bout de quelques mois la guérison était complète, laissant des cicatrices assez apparentes.

Des fragments de tissu ont été examinés par C. Gilchrist et Archinard. Ils ont trouvé des lésions répondant de tous points à la dermatite blastomycétique ; l'épiderme est épaissi et envoie des prolongements profonds ; le derme est très infiltré de cellules plasmatiques ; on y trouve des amas de cellules épithélioïdes et de cellules géantes ressemblant de tout point à des tubercules. Dans le derme et l'épiderme sont des abcès miliaires où l'on trouve des corpuscules arrondis à double contour de blastomyces ; d'autres de ces corpuscules parasitaires, en petit nombre, sont disséminés dans le tissu.

D. fait remarquer que les lésions présentées par sa malade sont tout à fait analogues à celles du pian et qu'il serait très intéressant de pousser plus loin les recherches anatomo-pathologiques sur le pian, dont nous ne savons encore rien. W. D.

La dermatite protozoïque de Rixford et Gilchrist (A disease caused by a fungus ; the protozoic dermatitis of Rixford and Gilchrist), par D. Montgomery. *British Journal of Dermatology*, octobre 1900, p. 343.

Un homme de 21 ans, d'origine allemande, mais habitant la Californie depuis l'âge de 3 ans, a commencé à tousser depuis sept ou huit mois ; cette

toux s'est graduellement aggravée, s'est accompagnée de fièvre et d'amaigrissement, de sorte que le malade a de tout point l'aspect d'un phtisique, d'autant plus qu'il y a des râles et de la submatité dans les deux sommets.

Depuis peu de temps sont apparues des lésions cutanées qui, débutant par le front, se sont ensuite multipliées, de sorte qu'en mai 1899 on en trouve 24 disséminées sur la face et les membres.

Ces lésions debutent par un nodule rouge foncé et saillant, le sommet suppure et donne naissance à un ulcère à bords déchiquetés et décollés, à fond sale et croûteux. Les plus grosses lésions sont saillantes, un peu étranglées à leur base; quand on les presse entre les doigts, on voit sourdre du pus de la base par des orifices multiples.

Ces tumeurs ressemblent beaucoup à celles du mycosis fongoïde ou à certaines tumeurs iodopotassiques.

Le traitement antisyphilitique ne donna aucun résultat, l'état du malade s'aggrava peu à peu et il mourut au bout d'un mois. Les tumeurs s'étaient multipliées et disséminées sur tout le corps; les crachats n'ont jamais contenu de bacilles.

A l'autopsie, on trouve un grand abcès sur la bosse frontale, sans dénudation de l'os. Un grand abcès dans la fosse sus-claviculaire était en communication avec un abcès semblable dans la fosse sous-claviculaire, avec la cavité pleurale et avec une vaste cavité creusée dans le sommet du poumon droit. Ces abcès étaient remplis d'un pus crémeux; des abcès plus petits étaient disséminés dans le sommet des deux poumons. Un immense abcès dans le lobe droit du foie.

L'examen microscopique a porté sur le pus et sur un nodule cutané excisé pendant la vie. Le nodule est un tissu de granulation formé de petites cellules rondes avec des cellules géantes et des abcès microscopiques. Dans les cellules géantes, dans le tissu de granulation et dans le pus on trouve une multitude de corps ronds formés d'une capsule claire à double contour et d'un contenu granuleux plus clair; au centre, certains corps contiennent un grand nombre de corpuscules ronds qui s'échappent parfois par rupture de la capsule; il y a en outre un certain nombre de capsules vides.

Une inoculation au lapin est restée négative; une culture sur agar glycériné a donné une moisissure qui ne fut malheureusement pas étudiée.

Il paraît s'agir ici d'un cas analogue à ceux qui ont été étudiés par Wernicke, Rixford et Gilchrist, Posada, et attribués à des sporozoaires. Ophüls et Moffitt, dans un cas semblable, ont obtenu des cultures d'un hyphomycète qui, inoculé au cobaye, a reproduit une maladie analogue à celle de l'homme avec des lésions contenant la forme capsulaire du parasite.

W. D.

Dermatite blastomycétique (Report of a case of blastomycetic Dermatitis), par M. Stelwagon. *American journal of the medical Sciences*, février 1901 p. 176.

Cette observation a été présentée au Congrès international de Paris en 1900, et il en a été rendu compte dans les *Annales*, mais le compte rendu contient une coquille qui change le sens de l'observation, il porte *peu* de bacilles tuberculeux, c'est *pas* qu'il faut lire.

W. D.

Épithéliomes cutanés.

Cancer multiple de la peau (A case of multiple carcinomata of the skin), par Allworthy et Pernet. *British Journal of Dermatology*, octobre 1900, p. 350.

Un homme de 55 ans, n'ayant jamais été malade, a remarqué depuis dix-huit mois l'apparition de petites tumeurs sur la fesse droite. Quelques-unes ont disparu spontanément, d'autres sont venues à leur place et il en a abrasé quelques-unes avec son couteau pour se débarrasser de leur suintement fétide et hémorrhagique. Les tumeurs se multipliant et ses forces déclinant, il est entré à l'hôpital en juillet 1899.

La fesse et la hanche droites sont le siège d'une trentaine de tumeurs du volume d'un haricot à une tomate ; les plus petites sont d'un rouge violacé et fermes, les plus grosses sont jaunâtres, creusées d'un ulcère profond et sécrètent un ichor excessivement fétide. Les ganglions inguinaux droits sont gros et tendent la peau au point de faire craindre de la suppuration. Le malade est amaigri et fatigué.

Les tumeurs grandissent pendant quelques mois, puis s'ulcèrent et guérissent en laissant une cicatrice autour de laquelle de nouvelles tumeurs apparaissent.

Le traitement a consisté en lotions antiseptiques, en pommade à la résorcine. A l'intérieur, du sulphophénate de soude, de l'iodure de potassium et finalement du fer et de l'arsenic. Les ganglions ont diminué et les forces sont en grande partie revenues, probablement à cause de la diminution de la suppuration fétide, car les tumeurs continuent à évoluer, neuf mois après son entrée à l'hôpital.

L'examen microscopique a porté sur deux tumeurs du volume d'une orange, par conséquent très avancées dans leur développement. Elles sont formées de lobules arrondis, bien enkystés par du tissu fibreux. Les plus gros lobules sont rouge-brun, les plus petits sont jaunâtres. Le néoplasme est formé de cellules du volume des cellules épidermiques, polygonales, avec un noyau vivement coloré, disposées en alvéoles et en boyaux qui font penser que le point de départ pourrait bien être les glandes sudoripares.

W. D.

Cancer chronique de la face (A clinical lecture on a case of chronic cancer of the face), par F. T. Paul. *British medical Journal*, 9 février 1901, p. 321.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, présentant une grosse tumeur végétante qui occupe la joue gauche, l'orbite et la racine du nez après avoir détruit l'œil gauche. A l'âge de 14 ans, le malade s'est fait une plaie accidentelle au rebord orbitaire inférieur gauche. Cette plaie n'a jamais guéri, il a toujours persisté une petite ulcération qui a été extirpée à 32 ans. Deux ans après survenait une rechute qui a été opérée à 35 ans. Peu de temps après, nouvelle rechute qui a abouti à la lésion actuelle.

Les deux examens microscopiques faits à 35 et à 43 ans ont montré la structure de l'ulcus rodens.

L'ulcus rodens est un cancer des glandes de la peau, l'épithélioma est un cancer de l'épiderme. Le cas actuel présente l'aspect d'un épithélioma, mais sa marche est celle d'un ulcus rodens. Il est probable qu'il s'agit

ici d'un cancer des glandes sudoripares, tandis que l'ulcus rodens ordinaire, qui forme une ulcération à bords durs et non pas une tumeur, est un cancer des glandes sébacées. W. D.

Traitement des cancers cutanés par les caustiques (Treatment of skin-cancers without operation), par H. Stelwagon. *Journal of the American medical Association*, 15 décembre 1900, p. 1547.

Il est souvent, au début d'un cancer cutané, plus facile d'obtenir d'un malade de se laisser traiter par les caustiques que de se laisser opérer.

Laissant de côté les caustiques notoirement insuffisants comme le nitrate d'argent, il en est quatre qui méritent d'être pris en considération, ce sont l'acide arsénieux, la potasse caustique, le chlorure de zinc et l'acide pyrogallique.

Deux d'entre eux, l'acide arsénieux et l'acide pyrogallique, ont une action élective sur le tissu épithéliomateux. La potasse caustique seule attaque l'épiderme corné et quand les lésions ne sont pas ulcérées il faut les préparer par un badigeonnage momentané de potasse à 5 ou 10 p. 100.

L'acide pyrogallique est de ce groupe de caustiques le plus lent, le moins énergique, mais aussi le moins douloureux. On l'applique sous forme de pommade à une partie d'acide pour 3 ou 4 de vaseline ou de cérat. Il est bon d'y ajouter 10 p. 100 d'acide salicylique et un peu de cocaïne. On étend cette pommade en couche épaisse sur un linge, et on l'applique sur la lésion. Le pansement doit être renouvelé une fois par jour. Il faut une quinzaine de jours pour obtenir un effet suffisant.

Le chlorure de zinc n'est pas électif. On l'emploie sous forme de pâte faite avec de la farine. Cette pâte doit être faite assez molle pour être étalée sur un linge ou un morceau de peau qu'on applique sur le mal. Il est rare qu'on ait à renouveler l'application et l'eschare est sèche et momifiée. On peut utilement y ajouter 10 p. 100 d'acide salicylique et une certaine proportion de chlorhydrate de cocaïne. L'addition d'acide arsénieux rend le caustique trop destructif et rend l'eschare molle.

L'arsenic est le meilleur caustique dans la plupart des cas. S. emploie généralement la pâte de Marsden, formée de gomme arabique et d'acide arsénieux en parties égales ; il n'a jamais vu d'accidents d'intoxication ; il ne l'applique du reste jamais sur plus d'un pouce carré de surface à la fois, mais Robinson et Gottheil l'ont appliquée sur des surfaces plus étendues sans inconvénient. On met sur la lésion une couche de pâte de un quart de pouce d'épaisseur, on la recouvre d'un morceau de linge et on laisse sécher.

Au bout de 24 ou 48 heures, on enlève la pâte avec un cataplasme. L'eschare tombe au bout de 5 ou 10 jours.

L'acide arsénieux détermine beaucoup d'inflammation et de gonflement pendant les premiers jours.

La potasse caustique a une action puissante et rapide ; on l'applique sous forme solide ou en solution aussi forte que possible. En une ou deux minutes la destruction est suffisante pour un petit épithélioma, puis un lavage au vinaigre arrête toute action ultérieure. La douleur est vive, mais ne dure que le temps de l'application.

Chacun de ces caustiques a ses avantages. L'acide pyrogallique est à

recommander quand les lésions sont très superficielles ; l'acide arsénieux quand elles sont profondes et la potasse caustique quand on tient à agir très rapidement. W. D.

Traitement de l'épithélioma de la face par les rayons de Röntgen (A preliminary communication on the treatment of rodent ulcer by the X rays), par J. SEQUEIRA. *British medical Journal*, 9 février 1901, p. 332.

Ce traitement a été appliqué à une douzaine de cas et les résultats ont constamment été satisfaisants. Trois cas sont guéris ; deux malades ont vu cicatriser l'ulcération, mais le bord induré persiste ; les autres sont en cours de traitement. W. D.

Lichen.

Le lichen plan, ses variétés, ses rapports et les affections qui le simulent (Lichen planus, its variations, relations and imitations), par R. CROCKER. *British Journal of Dermatology*, décembre 1900, p. 421. — (Séance spéciale de la Société dermatologique de Londres du 14 nov. 1900.)

Le lichen plan, que C. ne voit aucune nécessité d'appeler lichen ruber planus, puisque ce nom suppose une parenté illusoire avec le lichen ruber acuminatus des Allemands, est caractérisé par des papules non pas toujours polygonales, mais toujours irrégulières et souvent étoilées. La papule est habituellement centrée par un orifice sudoripare quelquefois occupé par un bouchon corné. Dans un cas, C. a vu ces bouchons rester saillants après la disparition des papules en formant une surface râpeuse. Les papules peuvent être convexes (lichen obtusus) ou en cordons (L. moniliformis). Il est une forme érythémateuse dont C. a vu un exemple chez un homme de 62 ans chez qui une éruption confluente de L. plan formait de grandes nappes écarlates sur l'abdomen, les aines et les cuisses. Le lichen plan scléreux, que C. propose d'appeler lichen planus morphœicus, forme un autre type bien défini.

Dans les races noires, les papules du lichen plan se détachent quelquefois en blanc sur le fond coloré. Le lichen plan annulaire peut se former par l'extension d'une papule centrale primitive ou, plus souvent, par agglutination de petites papules périphériques. Le lichen plan strié forme de longues traînées suivant la longueur des membres ; la raison de cette disposition est obscure, car elles ne suivent pas toujours exactement le trajet des troncs nerveux.

Dans un certain nombre de cas on a vu des bulles accompagner, masquer ou précéder le lichen plan : on les a attribuées à l'arsenic, mais il est des cas où les malades n'en avaient point pris.

On est à peu près d'accord sur la grande querelle de la distinction du lichen plan et du lichen acuminé. Le lichen acuminé des Allemands n'est pas autre chose que le pityriasis rubra pilaire. Ce qui a amené des confusions, c'est que les papules planes sont très fréquentes dans le pityriasis rubra pilaire et que dans le lichen plan certaines papules centrées par un poil peuvent être acuminées. Quant au lichen ruber acuminatus neuroticus de Unna, C. déclare qu'il n'en a jamais vu et qu'il ne sait pas ce que c'est.

On peut rattacher au lichen plan, sous le nom de lichen variegatus, l'éruption décrite par Unna sous le nom de parakeratosis variegata.

Le lichen simple chronique de Vidal n'est pas pour C. une maladie distincte : une partie des cas rentrent dans l'eczéma ; les autres sont de véritables lichens plans.

Il est des cas où le mycosis fongoïde débute par une éruption ressemblant de tout point à un lichen plan.

Brooke, convaincu de la nature névropathique du lichen plan, a minutieusement cherché les troubles nerveux dans tous ses cas ; il les a rarement trouvés. Il croit que le point de départ est une intoxication agissant sur le système nerveux. B. rejette les termes de lichen plan morphéique parce qu'il désapprouve ce système de nomenclature, qui fait penser au psoriasis syphilitique, système dont la dermatologie moderne a la plus grande peine à se débarrasser. Quant au lichen acuminé neurotique de Unna, B. ne le connaît pas non plus.

Whitfield a vu plusieurs fois le lichen plan survenir à la suite d'un refroidissement qui a probablement agi en déprimant les fonctions nerveuses.

M. Morris pense, comme Crocker, que l'adjectif « ruber » doit être abandonné. Les stries blanchâtres de Wickham et l'ombilication n'ont pas d'importance diagnostique ; elles manquent souvent dans le lichen plan et se rencontrent ailleurs. M. ne croit pas que la parakeratosis variegata de Unna appartienne au groupe du lichen plan.

Il rapporte deux cas de lichen plan généralisé, développé en une seule nuit, accompagné d'un prurit formidable tel que pendant une année qu'a duré l'éruption, dans l'un et l'autre cas, les malades ont présenté de graves troubles mentaux. Après la guérison les malades sont restés déprimés et n'ont jamais retrouvé leur santé antérieure.

M. ne croit pas beaucoup à l'efficacité de l'arsenic dans le lichen plan ; en revanche il a obtenu quelquefois de bons résultats du biiodure de mercure. Comme traitement local, M. conseille les bains d'amidon dans les cas très aigus, et les bains sulfureux dans les cas chroniques.

J. J. Pringle admet l'origine nerveuse du lichen plan. Beaucoup de malades sont neurasthéniques ; il rapporte un cas d'éruption bulleuse suivie de dermatite exfoliante au cours d'un lichen plan. Dans les formes aiguës, l'arsenic ne fait que du mal. P. croit que beaucoup des cas étiquetés lichen simple de Vidal par les dermatologistes français sont des lichens plans mal développés. Le lichen plan de la muqueuse buccale est très fréquent et peut souvent aider au diagnostic. P. a vu quatre fois le zona survenir au cours du lichen plan sans que le malade ait pris de l'arsenic. P. trouve que l'antipyrine est ce qui calme le mieux le prurit, et que c'est là un grand pas fait vers la guérison.

Stowers rapporte plusieurs cas de lichen plan en traînées linéaires chez des enfants ; il recommande comme traitement les sédatifs généraux de toute sorte, les bromures, la quinine et les purgatifs salins.

Pernet a quelquefois vu les éruptions généralisées précédées d'une plaque primitive.

W. D.

Lupus.

Résorption de produits lupiques sous l'influence de la variole (Casuistische Beiträge. Resorption lupöser Producte unter Pockeneinfluss), par R. Bernhardt. *Archiv f. Dermatolog. u. Syphilis*, 1900, t. LIV, p. 211.

B. a observé un cas de lupus vulgaire qui sous l'influence de la variole subit une régression si complète qu'on ne constatait plus les lésions caractéristiques. Le visage, défiguré auparavant par le lupus, avait un aspect tout à fait normal. A la place des nodosités, des infiltrations et des ulcères lupiques, il y avait une cicatrice mince, rouge pâle, légèrement infiltrée, à surface lisse, sèche, un peu squameuse.

Sur des préparations faites avant la variole on avait constaté les caractères bien connus de l'infiltration lupique classique avec nombreuses cellules géantes typiques de Langhans.

Dans les préparations de fragments de peau excisés après l'évolution de la variole, l'épiderme n'est presque pas modifié ; par contre, la structure du chorion est notablement différente de la peau normale ; il est formé de faisceaux fins de tissu conjonctif, assez brillants, à direction horizontale, ondulés. Dans ce chorion ainsi modifié, on trouve de petits amas cellulaires situés au voisinage des vaisseaux sanguins. A la périphérie de ces foyers, dans les vacuoles situées entre les faisceaux de tissu conjonctif, il y a de nombreuses cellules à différentes phases de dégénérescence. A un fort grossissement on trouve les mêmes cellules en voie de dégénérescence partout dans le chorion, quoique en beaucoup plus faible proportion qu'autour des foyers.

Si on compare les lésions constatées avant et après la variole, on voit que la régression des infiltrations lupiques après la variole consiste dans la dégénérescence et la nécrobiose consécutive des cellules.

Quelle est ici la nature du processus ? Les cellules se nécrosent-elles à la suite de l'élévation de la température ou consécutivement à l'action spécifique du processus variolique? B. croit que ces deux influences interviennent. Les masses nécrobiosées sont ensuite résorbées par les vaisseaux lymphatiques, les cellules migratrices jouent là un rôle important qui ressort de leur présence dans le chorion tout entier, mais principalement au voisinage des foyers les plus fortement atteints. Cependant toutes les cellules ne sont pas dégénérées. Quelques groupes sont encore conservés et la présence des cellules épithélioïdes montre que ce sont des foyers tuberculeux. Ce sont ces foyers qui deviennent plus tard le point de départ des récidives du lupus.

Chez ce malade il en fut ainsi quelques semaines après sa sortie de l'hôpital ; les parties qui avaient été atteintes de lupus furent de nouveau le siège de nodosités caractéristiques de la même maladie ; l'état était presque identique à celui qui existait avant la variole. A. Doyon.

Le Gérant : Pierre Auger.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

(Mém. Veillon et J. Hallé)



Fig. 1



Fig. 2

Masson & Cie, Editeurs

TRAVAUX ORIGINAUX



CLINIQUE DERMOSYPHILOPATHIQUE DE L'UNIVERSITÉ ROYALE DE CAGLIARI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉRYTHÈME INDURÉ DE BAZIN

Par le professeur **Umberto Mantegazza.**

(Planche V.)

De nombreux travaux ont été consacrés dans les dix dernières années, principalement par les auteurs français et anglais, à une dermatose décrite pour la première fois par Bazin. Comme il s'agit d'une maladie dont la nature n'est pas encore absolument élucidée, je crois utile d'en rapporter deux cas que j'ai étudiés aux points de vue clinique et histologique.

Dans la partie bibliographique de ce mémoire, je m'attacherai spécialement à rappeler les travaux des auteurs dont les recherches ont apporté quelque donnée nouvelle pour la connaissance de la maladie.

Bazin (5) a le premier, très succinctement, décrit l'érythème induré comme une dermatose constituée par des plaques rouges indurées, de coloration violacée à leur centre, non prurigineuses, siégeant aux jambes, se développant plus souvent chez des jeunes filles à l'aspect florissant que chez des jeunes gens. Il classa la maladie dans les scrofulides bénignes érythémateuses.

Après Bazin, il faut arriver jusqu'à Hutchinson (16) pour rencontrer quelque notion nouvelle sur cette espèce particulière d'érythème. Cet auteur décrit cliniquement, à côté de la forme érythémato-nodulaire se terminant par résolution sans ulcération, une autre forme à nodules arrondis, ovoïdes, réunis en groupes qui constituent des infiltrations aboutissant à la suppuration et à la nécrose, avec formation d'ulcérations rondes ou ovales, à bords peu nets, infiltrés, recouvertes de croûtes rupioïdes ; la marche de cette forme est lente, la guérison possible. L'affection se montre toujours chez des sujets scrofuleux ou lymphatiques.

Colcott Fox (15-44) a publié 9 cas sans ajouter de donnée nouvelle à la description clinique. Il identifie l'érythème induré aux gommes scrofuleuses. Dernièrement, au Congrès de Paris, il a soutenu encore plus explicitement cette opinion en se basant sur ce que l'érythème s'accompagne d'autres localisations tuberculeuses, sur ce

que ses lésions ont la structure histologique du tubercule et peuvent transmettre la tuberculose aux animaux.

Crocker (8), dans son traité sur les maladies de la peau publié en 1893, se borna à décrire la dermatose sans se prononcer positivement sur sa nature. Plus tard, au Congrès de Londres en 1896, il exprima nettement l'opinion que l'éryhème induré doit être considéré comme une lésion tuberculeuse.

Jadassohn (20-21-22), en 1895, dans sa belle monographie sur les maladies tuberculeuses de la peau, ne s'est pas cru autorisé à donner une opinion formelle sur l'érythème, le tableau clinique de la maladie lui paraissant encore bien peu net et les recherches histologiques et bactériologiques n'ayant pas encore donné à cette époque de résultat positif. Cependant, tout en émettant quelques doutes sur l'identité de l'érythème induré et des gommes scrofuleuses, il est partisan de sa nature tuberculeuse.

Audry (4) a été un des premiers à étudier les lésions anatomiques de l'érythème induré. Il n'a trouvé aucune altération de l'épiderme, à l'exception d'un léger épaississement. Dans le derme, il n'a constaté que des altérations dégénératives des cellules endothéliales des vaisseaux avec une légère infiltration péri-vasculaire constituée principalement par des cellules plasmatiques. Dans l'hypoderme, il y a surtout de l'œdème et un exsudat finement granuleux renfermant de nombreux leucocytes mononucléaires. Le tissu conjonctif ne prend aucune part à l'altération ; les fibres élastiques ont disparu. Profondément, l'exsudat prend un aspect spongieux avec des cloisons conjonctives limitant des alvéoles qui contiennent de rares cellules. Parfois l'infiltrat subit la dégénérescence graisseuse et s'élimine sous la forme de blocs granuleux opaques.

On ne trouve ni bacilles de Koch, ni aucune autre bactérie pyogène. Les tentatives d'inoculation au cobaye ont été négatives.

Les altérations que l'auteur, à la vérité, ne décrit pas très clairement, ne seraient pas d'après lui celles des lésions tuberculeuses parce que, outre qu'on ne trouve pas de stigmates inflammatoires et qu'au contraire il y a un *œdème considérable et spontané avec dégénérescence graisseuse*, l'inoculation au cobaye est négative. En outre, suivant Audry, l'érythème induré ne serait qu'un symptôme survenant chez des sujets lymphatiques qui sont fréquemment atteints de lésions (engelures, angiokératomes) indiquant un trouble de la circulation sous la dépendance d'une anomalie congénitale de la structure des capillaires, de troubles de la contractilité cardiaque, d'altérations dynamiques et anatomiques des centres nerveux.

Leredde (25-44), dans un cas, a trouvé dans l'hypoderme des trabécules conjonctives épaisses limitant des espaces renfermant des cellules adipeuses, les vaisseaux étaient oblitérés par des thrombus granuleux,

le tissu conjonctif réduit à des lamelles minces, d'aspect trouble, avec infiltration de lymphocytes et de leucocytes polynucléaires. Dans le derme il a constaté une endophlébite nette, la multiplication des cellules fixes, l'œdème de la couche sous-papillaire, et dans l'épiderme une légère hyperkératose. Il n'a pas recherché la présence des microbes pyogènes.

En ce qui concerne la pathogénie, Leredde croit que l'érythème induré doit être placé parmi les tuberculides, à côté de l'acnitis et des folliculites, des hidradénites (Pollitzer), du granulome innominé (Tenneson), toutes formes qui doivent être attribuées à l'action des toxines tuberculeuses. Au Congrès de Paris, Leredde a modifié profondément ses idées et, se basant surtout sur la présence des cellules géantes, a proposé de placer avec Darier l'érythème induré parmi les tuberculoses vraies,

Bœck (7-44) est un des partisans les plus convaincus de la théorie des toxi-tuberculides. Pour lui, les toxines tuberculeuses n'agiraient sur le tégument que d'une manière indirecte, par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs de la peau. L'érythème induré appartiendrait à la même catégorie que le lupus pernio, l'ecthyma térébrant, l'acné des cachectiques, l'acné des scrofuleux, le pityriasis rubra. Au Congrès de Paris, où il était un des rapporteurs sur la question des tuberculides, il a encore soutenu ses idées sur l'origine toxique de ces dermatoses.

Dade (11) a rapporté le cas d'un sujet porteur de plaques érythémateuses nodulaires des jambes, de couleur rouge vif ou cyanotique, de consistance molle, fluctuante sur quelques-unes. En incisant les nodosités, il vit sortir un liquide huileux qui, inoculé à un cobaye avec des fragments du tissu de la nodosité, n'a pas donné de résultats positifs. L'examen microscopique d'une nodosité a fait constater dans le derme une infiltration de leucocytes polynucléaires avec quelques mononucléaires, infiltration développée autour de petits abcès ; les vaisseaux étaient oblitérés par la prolifération de leur endothélium ; il n'y avait aucun signe de nécrose ou de dégénérescence. D'après l'auteur, il ne s'agit pas d'une lésion tuberculeuse.

Johnston (23) a rapporté le cas d'une jeune fille chez laquelle il a observé sur les jambes de nombreuses plaques érythémateuses ulcérées et sur les bras des nodules pâles et profonds qui se nécrosèrent au centre, s'ulcérèrent et enfin se cicatrisèrent. A la jambe, l'examen histologique a fait reconnaître la dissociation du tissu conjonctif par l'œdème et, autour des vaisseaux, une infiltration de lymphocytes et de cellules fusiformes provenant de l'endothélium à cellules fixes. Il n'a pas vu de cellules géantes. Les foyers de nécrose seraient consécutifs à l'oblitération vasculaire. Les nodules du bras étaient constitués par un granulome avec des lymphocytes, des cellules épithélioïdes

et des cellules géantes occupant l'hypoderme autour du réseau vasculaire des glomérules sudoripares. Il n'y avait pas de bactéries pyogènes. Johnston est partisan de la théorie toxique.

Thibierge (42) dans un article publié en 1895 sur l'érythème induré, arrive à cette conclusion que cette dermatose doit rentrer dans la scrofulo-tuberculose cutanée et doit être considérée comme une forme clinique de gommes scrofulo-tuberculeuses développées systématiquement dans l'hypoderme aux membres inférieurs, s'accompagnant, par l'effet de la stase sanguine qui les a localisées à ces membres, d'une congestion cutanée de voisinage.

Plus tard, Thibierge et Ravaut (43) rapportent trois cas cliniques à peu près identiques, avec les lésions érythémateuses et nodulaires habituelles, aboutissant à l'ulcération, occupant les membres inférieurs chez des sujets à hérédité compromettante et à antécédents suspects de tuberculose. La lésion occupe spécialement le tissu cellulaire sous-cutané, dans lequel on voit des bandes de tissu conjonctif scléreux, limitant des lobules de graisse. Dans quelques vaisseaux, on voit une prolifération de l'endothélium; dans d'autres, il y a épaississement des tuniques vasculaires, infiltration embryonnaire qui s'étend loin du vaisseau en devenant de moins en moins dense. Dans quelques-uns de ces derniers vaisseaux, il ne reste qu'une ébauche, l'endothélium ayant comblé la lumière du vaisseau et les parois étant épaissies et infiltrées de leucocytes. Les cellules géantes sont associées aux éléments embryonnaires dans les bandes scléreuses. Les cellules épithélioïdes sont disséminées dans toute l'étendue des lésions. Selon Thibierge et Ravaut, il s'agit anatomiquement d'une inflammation à évolution rapide dont on peut suivre les différentes étapes, depuis l'infiltration embryonnaire jusqu'à la dégénérescence granuleuse et jusqu'à la nécrose. Dans aucun cas ils n'ont pu déceler la présence de bacilles. Une seule fois ils ont pu, par inoculation, rendre un cobaye tuberculeux.

Les altérations vasculaires inflammatoires et dégénératives des tissus et la présence de cellules géantes laissent supposer la nature tuberculeuse de la lésion. Le résultat positif de l'inoculation au cobaye confirme cette hypothèse, que rend du reste vraisemblable ce fait que les sujets atteints d'érythème induré sont presque toujours déjà tuberculeux.

Haury (19), dans sa thèse, a résumé avec beaucoup d'exactitude la question des tuberculides, dont il reconnaît quatre catégories. L'érythème induré devrait être placé parmi les formes à type nodulaire. Il regarde comme admissible la théorie toxique, mais comme plus probable celle qui considère les tuberculides comme des tuberculoses atténuées à des degrés divers de virulence.

Récemment, Abraham a présenté à la Dermatological Society of

Great Britain and Ireland, deux jeunes gens atteints d'érythème induré des jambes. Dans la discussion qui a suivi cette présentation, on n'a pas formulé d'opinion sur la nature de cette maladie. Seul Galloway a fait observer qu'on confond souvent l'érythème polymorphe et l'érythème de Bazin, et Savil a déclaré qu'il avait souvent observé la coïncidence de l'érythème induré avec la dilatation du cœur droit.

Philippson (32) a publié sous le nom de thrombo-phlébite tuberculeuse de la peau un premier cas que je crois devoir placer avec ceux que je viens de citer. Il s'agit d'un sujet atteint de tuberculose ganglionnaire et de gommes ulcérées des jambes, qui dans l'espace de quelques mois a présenté, spécialement aux membres inférieurs, des nodules rouges livides qui se résolvent peu à peu ou suppurent en s'ulcérant avant de se cicatriser. Philippson a examiné quelques nodules à différents stades de leur développement et a trouvé que dans tous la lésion débute dans les veines et s'y traduit par une trombose s'accompagnant d'un processus inflammatoire ; dans les stades plus avancés, elle consiste en ramollissement avec nécrose, laquelle débute au niveau des veines et se propage vers la périphérie. Il a trouvé des leucocytes et des cellules géantes n'ayant pas la même disposition que dans le lupus. Ayant noté dans deux nodules la présence de quelques bacilles déjà en voie d'involution, il croit que la thrombose dépend de la métastase des bacilles provenant des ganglions par la voie sanguine. L'inoculation aux animaux a donné des résultats négatifs ; cependant, plus tard, reprenant l'étude de cette question (comme il le fait savoir dans un autre travail), il put reproduire dans l'iris d'un lapin des nodules qu'il considère comme tuberculeux, bien qu'il n'ait pas recherché la présence des bacilles dans ces tubercules expérimentaux.

Tout récemment, le même auteur (33) a rapporté sous le titre de « thrombo-phlébite nécrosante » un autre cas représenté cliniquement par des taches érythémateuses, des nodules et des ulcérations sur les jambes chez une femme bien portante et ne semblant présenter aucun stigmate de tuberculose. Au point de vue histologique, ce cas ressemble beaucoup au précédent, sauf qu'on n'y trouva pas de bacilles. Philippson ne se prononce pas sur la pathogénie de ce cas, mais il fait remarquer qu'il rentre dans les tuberculides de Darier et qu'il est identique à celui qu'il avait précédemment rapporté.

Darier (44), dans son rapport au Congrès de Paris sur les tuberculides (parmi lesquelles il range l'érythème induré), a donné comme caractères généraux de ces dermatoses : 1° leur développement chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire osseuse, ou séreuse, de lupus ou de scrofulodermes ; 2° la présence extrêmement rare de bacilles de Koch ; 3° l'impossibilité presque constante de produire la

tuberculose chez les animaux; 4° l'absence de réaction locale certaine avec la tuberculine.

Anatomiquement il distingue deux types de lésions : dans le premier, on rencontre des néoformations de tissu tuberculeux avec cellules géantes, cellules épithélioïdes, lymphoïdes, plasmatiques, qui subissent la nécrose caséeuse; dans le deuxième, il y a des cellules plasmatiques autour des vaisseaux du derme, des altérations vasculaires avec dilatations, rétrécissements et oblitérations, accompagnées de foyers nécrotiques secondaires. Dans l'érythème induré, on constate des lésions appartenant à l'un et à l'autre type.

En ce qui concerne la pathogénie, il rejette l'hypothèse des toxines parce qu'elle n'explique pas les cas dans lesquels on peut démontrer la présence du bacille de Koch, ni la possibilité de transmettre la maladie aux animaux. Il est plus probable, d'après Darier, que les bacilles arrivent virulents dans la peau, mais ne tardent pas à succomber en raison de l'action phagocytaire et bactéricide des tissus.

Campana (44), un des rapporteurs de la question des tuberculides au Congrès de Paris, pose en principe qu'il est impossible en clinique de définir où commence et où finit l'action du bacille et celle de ses toxines. Ne pouvant, par suite, donner une définition de l'expression « tuberculide », il la considère comme synonyme de manifestation cutanée de la tuberculose. Par contre, il désigne sous le nom de scrofuleuses les manifestations cutanées de la tuberculose héréditaire. On ne peut considérer comme d'origine toxinique toutes les manifestations tuberculeuses ne renfermant pas de bacilles. D'autre part, il croit qu'un empoisonnement tuberculeux général est la cause prédisposante de certaines localisations cutanées d'origine externe à marche très lente, simulant des affections qu'il faut étudier attentivement pour les considérer non comme tuberculeuses, mais comme le résultat d'une prédisposition scrofuleuse, due à une déviation de la nutrition avec affaiblissement du métabolisme des tissus.

* *
*

Voici l'histoire clinique des deux malades que j'ai observés.

Observation I. — C. G..., 12 ans, née à Cagliari, n'a aucun antécédent héréditaire méritant d'être noté. Elle a été nourrie par sa mère et n'a eu aucune des infections communes de l'enfance. Elle a eu à plusieurs reprises, dans ces dernières années, à la tête et spécialement au cuir chevelu, des lésions pustuleuses qui duraient peu de temps, se résolvaient rapidement au moyen de pansements boriqués simples. Depuis deux ans environ, les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire et carotidienne gauche ont augmenté progressivement de volume, se sont ramollis et se sont transformés en abcès qui se sont ouverts à l'extérieur, sans jamais se cicatriser complètement. En même temps, la malade vit appa-

raître çà et là sur la peau qui recouvre ces ganglions des lésions ulcéreuses qui ont toujours persisté. Il y a deux mois débutèrent les premières lésions des membres inférieurs ; presque à l'improviste apparurent sur les pieds et les jambes des taches rouges saillantes et de petits nodules peu douloureux, dont quelques-uns augmentèrent de volume et s'ouvrirent de façon à donner lieu à des ulcérations d'aspect variable, comme celles qu'on observe encore aujourd'hui. La malade n'a jamais eu dans ces derniers temps ni fièvre ni trouble de la santé générale.

État actuel. — Fille au squelette bien conformé, à nutrition assez bonne, ayant les téguments rosés, les dents incisives irrégulières et dentelées.

A la région préauriculaire gauche, on voit une tache longue de 3 à 4 centimètres, large de 1 à 2, peu saillante, de coloration rouge cyanotique, à contours irréguliers. La surface est irrégulière et vers sa partie inférieure présente une ulcération à bords entaillés, sanguinolents, tuméfiés, décollés, à fond inégal recouvert de tissu nécrotique et d'une légère sécrétion purulente. La consistance de toute la tache est pâteuse et tend à se ramollir au voisinage de l'ulcération. Elle est indolente à la pression.

A la partie latérale et supérieure du cou, on constate des cicatrices irrégulières, superficielles, blanches, peu pigmentées, non adhérentes à l'aponévrose sous-jacente. D'autres cicatrices, spécialement en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, sont plus profondes, encore déprimées, de coloration brun violacé, adhérentes aux ganglions sous-jacents. Quelques ulcérations ne sont pas encore complètement cicatrisées et un stylet pénètre dans un trajet fistuleux de 2 à 3 centimètres de profondeur jusqu'aux ganglions du cou. Ces fistules sont au nombre de 3. Les ganglions de cette région sont tous augmentés de volume et forment une masse inégale du volume d'un œuf de poule, bosselée, de consistance solide et pâteuse.

A la racine du cou, dans la région sus-claviculaire, existe une ulcération longue de 4 à 5 centimètres, ayant des caractères identiques à ceux de l'ulcération décrite ci-dessus.

Aux membres inférieurs, il existe diverses lésions cutanées. Sur la région dorsale des pieds, autour des malléoles et à la partie inférieure des jambes, on voit, de chaque côté, de nombreux nodules gros comme un noyau de cerise, profonds, appréciables à la palpation plutôt qu'à l'inspection, de consistance solide, de coloration rouge cyanotique, peu douloureux à la pression. De place en place, on voit d'autres lésions présentant des caractères un peu différents ; elles sont plus volumineuses, plus saillantes, avec une zone rouge périphérique plus étendue, ont une consistance molle et pâteuse au centre, sont plus douloureuses à la pression. Si on suit les phases successives de leur développement, on voit que quelques-unes de ces lésions s'ouvrent en laissant sortir d'un seul morceau, un bloc de substance nécrosée de la grosseur d'un petit pois, de consistance pâteuse et élastique. Ainsi se produit une ulcération cratériforme avec un petit pertuis conduisant dans une étroite cavité qui sécrète une petite quantité de sérosité ou de séro-pus, et qui est entourée d'un bourrelet légèrement infiltré.

Outre ces nodules isolés, on trouve des taches arrondies de la largeur d'une pièce de 2 centimes ou de 5 centimes, ou même plus larges,

peu saillantes, de coloration rouge foncé, de consistance souple ou ferme. Quelques-unes de ces taches, occupant spécialement les régions antérolatérales des jambes, présentent les mêmes phases régressives que les nodules : on voit à leur surface autant d'orifices par lesquels on pénètre dans autant de cavités revêtues de tissus nécrosés et sécrétant du pus. D'autres encore, par suite de la destruction et de la chute des cloisons qui séparent toutes les petites cavités isolées, sont transformées en une large ulcération à fond inégal et peu profond, à bords saillants, avec une zone infiltrée rouge cyanotique à la périphérie.

On ne constate aucune lésion à l'examen objectif des divers appareils et organes. Aux poumons, en particulier, il n'existe aucun signe suspect.

Température légèrement élevée le soir. Urine normale.

La malade fut laissée en observation à la Clinique pendant quelques jours afin de se rendre compte de la marche de sa dermatose, spécialement des lésions des membres inférieurs. Nous constatâmes ainsi que quelques-uns des nodules décrits, après avoir atteint le maximum de leur développement, commencèrent à diminuer, s'affaissèrent, prirent une teinte moins foncée, et peu à peu arrivèrent à se résoudre complètement en laissant seulement une tache brunâtre légèrement infiltrée.

Quelques ulcérations traitées seulement par des lavages détersifs à l'eau boriquée se nettoyèrent lentement à leur partie profonde, donnèrent une sécrétion moins abondante, se recouvrirent de granulations et au bout d'un temps très long (un à deux mois) furent remplacées par une cicatrice qui resta infiltrée, de coloration rouge brunâtre, coloration qui ne persista pas. Sur d'autres ulcérations, je voulus voir si, sous l'influence d'un traitement plus actif, elles se cicatriseraient plus rapidement. Je les grattai avec la curette de Volkmann et les cautérisai avec le thermocautère. Leur marche fut plus rapide que celle des ulcérations abandonnées à elles-mêmes ; l'infiltration disparut plus promptement, les granulations furent plus belles et la cicatrice fut meilleure.

Au bout de deux mois de séjour, la malade quitta la Clinique : les lésions du cou étaient améliorées, les ulcérations des jambes étaient toutes cicatrisées.

Le diagnostic clinique n'était pas difficile pour les lésions du cou : les caractères généraux des taches ulcérées et des cicatrices, la présence d'adénites chroniques avec des trajets fistuleux suffisaient pour faire admettre sûrement le diagnostic de scrofuloderme et de tuberculose ganglionnaire du cou.

Il était moins facile d'établir la nature des lésions cutanées des membres inférieurs. Ces nodules isolés nombreux, qui étaient apparus rapidement sur les deux membres, qui se résolvaient d'une façon complète en apparence, s'ulcéraient et guérissaient même sans traitement local, avaient certainement, dans leurs caractères et leur allure, quelque chose de différent des scrofulodermes observés à la région cervicale qui s'étaient développés peu à peu, dans une région où siégeaient profondément des ganglions touchés par le processus tuberculeux, qui étaient restés circonscrits à cette région,

qui ne se modifiaient que peu ou même point tant qu'ils n'étaient pas soumis à un traitement destructeur.

Tenant compte de toutes ces différences, je dus rejeter l'identité clinique avec les scrofulodermes et penser plutôt à l'affection désignée par Bazin sous le nom d'érythème induré, affection dont les caractères, si on se rapporte aux descriptions qui en ont été données par d'autres que Bazin, correspondent à ceux que j'observais chez cette malade.

Guidé par cette conception diagnostique, je crus utile de faire des recherches plus précises sur le cas que le hasard m'amenait, sachant bien que la nature et la pathogénie de l'érythème induré sont loin d'être clairement établis à l'heure actuelle.

Dans ce but j'excisai, pour le soumettre à l'examen histologique, un petit nodule à son début, un nodule plus gros, ramolli et encore intact, mais prêt à s'ouvrir ; enfin, un fragment d'une ulcération. De plus, dans quelques nodules non encore ouverts et à différentes périodes de leur développement, après avoir lavé très soigneusement la peau au moyen du savon, du sublimé, de l'alcool, de l'éther et de l'eau stérilisée, je fis des incisions avec une lancette, je grattai avec une petite curette stérilisée, et j'inoculai la sérosité extraite de la sorte sur des plaques d'agar, cela dans le but de constater la présence de microbes pyogènes.

Enfin, j'excisai des nodules et je grattai une ulcération après l'avoir détergée soigneusement avec de l'eau stérilisée et j'inoculai dans l'abdomen de trois cobayes les tissus ainsi extraits après les avoir réduits en pulpe.

Malheureusement, je ne pus faire de recherches histologiques sur les lésions du cou, parce que la malade s'est refusée absolument à y laisser toucher après les excisions faites aux jambes. Il ne m'a pas été possible non plus de faire d'injection de tuberculine, ne possédant pas de cette substance au moment où la malade se trouvait à la clinique.

Les recherches m'ont donné les résultats suivants :

Examen histologique. — 1° Un nodule du volume d'un pois excisé profondément à la face dorsale du pied gauche, nodule de coloration rouge foncé, de consistance parenchymateuse élastique, a été fixé dans l'alcool.

Déjà à un faible grossissement (pl. V, fig. 1), on voit de suite que la lésion siège assez profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la partie la plus inférieure du derme. Là on voit une infiltration cellulaire diffuse qui, atteignant son maximum de développement dans la partie profonde, va en diminuant dans le derme où elle est circonscrite autour des vaisseaux. En observant un peu plus attentivement, on constate au milieu de cette infiltration en apparence uniforme de petits foyers qui ne sont pas circonscrits par des éléments cellulaires, mais par une masse amorphe dans laquelle existent de nombreuses granulations et de nombreux fragments nucléaires qui se colorent fortement par le bleu de méthylène de Unna. A un plus fort grossissement, on se rend mieux compte de la structure de ces foyers : on constate, en se guidant sur les vestiges encore persistants des parois vasculaires, qu'il doit s'agir d'un vaisseau qui, en raison de la largeur et de l'épaisseur de ses parois, peut être considéré comme une veine dans laquelle se sont produites une thrombose

et une nécrose. Tout autour du vaisseau thrombosé, avant d'arriver à l'infiltration cellulaire, il y a une couche dans laquelle toute structure morphologique a disparu et dans laquelle on ne voit qu'un détritus finement granuleux qui ne se colore plus par les colorants nucléaires.

Dans une autre partie profonde, toujours dans le même nodule, les signes de thrombose sont encore plus évidents : on voit à côté l'un de l'autre deux vaisseaux sectionnés transversalement (pl. V, fig. 3) dont l'un doit être une petite artère, parce que son calibre est plus petit et ses parois plus épaisses, et l'autre une veine satellite. On voit encore les parois de ces deux vaisseaux uniformément colorées en jaune par l'orange sans trace d'endothélium ; plus en dedans, ces deux vaisseaux sont tous les deux remplis d'une masse, colorée en brun foncé par l'hämalaun, dans laquelle on voit un très grand nombre de granulations et des fragments de noyaux. Ces deux vaisseaux eux-mêmes sont entourés d'un tissu nécrosé représenté par une masse dans laquelle on voit à peine les vestiges des éléments cellulaires détruits.

En poursuivant les recherches sur diverses coupes, nous pouvons nous convaincre que, outre les foyers nécrotiques arrondis qui ont pour origine les vaisseaux sectionnés transversalement, il y en a d'autres qui traversent les coupes longitudinalement et se bifurquent, de façon à faire supposer que, eux aussi, suivent régulièrement le trajet des vaisseaux sectionnés longitudinalement, bien qu'on ne puisse mettre en évidence aucune trace de ces vaisseaux.

Les petites artères et les capillaires situés en dehors des foyers qui viennent d'être décrits ne sont pas non plus dans leur état normal. Sur beaucoup d'entre eux l'endothélium proliféré réduit le calibre du vaisseau et les parois sont infiltrées de leucocytes en petit nombre.

Autour des foyers de nécrose qui viennent d'être décrits, se produit une infiltration inflammatoire compacte, constituée par des leucocytes pour la plupart mononucléaires, quelques-uns polynucléaires, et par de rares mastzellen ; cette infiltration se continue depuis les parties profondes jusque dans l'épaisseur du derme, toujours située autour des vaisseaux, et diminue graduellement en se rapprochant de la couche papillaire.

Si on examine attentivement dans quelques points et à un fort grossissement les éléments qui constituent cette infiltration, on trouve, au voisinage des vaisseaux thrombosés, des caractères un peu différents qui ont en outre une valeur pour établir la nature de la lésion : on y voit une grosse cellule géante, ovale, avec de nombreux noyaux à la périphérie, à cytoplasma uniforme, se colorant seulement par places ; cet élément est entouré de cellules fusiformes à gros noyau allongé, ayant l'aspect des cellules épithélioïdes ; disséminées irrégulièrement autour de la cellule géante et entre les cellules épithélioïdes, on voit de nombreuses cellules plutôt petites, à un seul noyau, du type des cellules lymphoïdes. Au milieu de ces éléments, des fragments de tubes de glandes sudoripares indiquent que le siège primitif de la lésion doit être autour de ces glandes. En outre, je dois noter que les faisceaux de tissu conjonctif et les fibres élastiques ont disparu dans les points occupés par l'infiltration.

Donc, en tenant compte des éléments qui constituent l'infiltration

et de leur disposition, ainsi que de la disparition des tissus normaux de la peau, nous sommes en droit d'admettre qu'il s'agit non pas d'un processus inflammatoire pur et simple, mais d'un granulome.

En résumé, nous pouvons dire que, dans le nodule examiné, il existe des lésions de l'appareil vasculaire qui, tout en étant diffuses et en quelques points assez graves pour aboutir à la nécrose, doivent se développer avant le petit granulome dans lequel il n'y a encore aucun indice de métamorphose régressive. Les petites artères et les veines étant ensuite atteintes d'une façon contemporaine, il est logique d'admettre que la lésion primitive a été la thrombo-artérite et que celle-ci a dû produire par continuité la thrombo-phlébite. Enfin, en ce qui concerne les rapports qui peuvent exister entre les altérations vasculaires et le granulome, il est permis de supposer qu'il y a entre les deux un lien assez étroit et que, très probablement, le même agent qui a été la cause des altérations vasculaires doit aussi avoir provoqué le granulome.

2° Nodule du volume d'une petite noisette, d'une mollesse pâteuse à son centre, de couleur rouge foncé, avec une zone rouge vif à la périphérie, douloureux à la pression, fixé dans l'alcool aussitôt après son excision.

Dans la partie centrale et la plus profonde du nodule, on voit un foyer nécrotique assez étendu, dans lequel on constate la présence de quelques rares cellules géantes avec des noyaux mal colorés, des cellules dont les noyaux sont en voie de fragmentation et qui sont sur le point de disparaître, et des globules rouges désagrégés, en détritus granuleux. Les fibres, élastiques et les fibres conjonctives ont disparu. A la périphérie de ce foyer, dans les parties les plus élevées, se trouvent des leucocytes polynucléaires très nombreux que l'on voit également disséminés dans le derme jusqu'à la couche papillaire, spécialement le long des vaisseaux. Quelques-uns de ces lencocytes sont éosinophiles. Au contraire, vers la partie profonde, dans le tissu cellulaire sous-cutané, les trabécules connectives, dans lesquelles sont contenues les cellules adipeuses. sont constituées par de larges stries de tissu compact d'aspect conjonctif, formées d'éléments allongés et condensés, entre lesquels il y a de rares leucocytes polynécluaires (*bandes scléreuses* de Thibierge et Ravaut).

Il est difficile de constater l'état des vaisseaux, parce qu'ils sont tous remplis et entourés d'une couche compacte de leucocytes. Néanmoins, dans quelques-uns on peut constater les altérations des parois que nous avons rencontrées dans le premier nodule (prolifération de l'endothélium, infiltration leucocytaire des parois), alors qu'il n'a pas été possible de démontrer l'existence de thromboses dans les artères et dans les veines.

L'épiderme est aminci et traversé par un petit nombre de leucocytes qui se rassemblent sous la couche cornée.

Comme on le voit, il ne serait pas aussi facile de trouver dans ce nodule la raison de la façon dont se sont succédé les altérations si on n'avait pas examiné l'autre nodule. Évidemment, dans ce deuxième

nodule, nous voyons un processus suppuratif qui manque complètement dans l'autre et que nous devons considérer comme une complication qui n'est pas en rapport direct avec les altérations primitives. Le fait de la suppuration peut bien nous expliquer la gravité plus grande de la nécrose, laquelle est d'origine vasculaire, envahit successivement le granulome et constitue un foyer volumineux dans lequel il n'est plus possible de distinguer les tissus qui ont contribué à le constituer.

Dans la partie profonde de l'hypoderme, il y a eu autour du foyer granulomateux nécrotique une réaction avec développement de tissu conjonctif de nouvelle formation.

3° Ulcération de la grandeur d'une pièce de un centime, présentant les caractères déjà décrits ; on la fixe par l'alcool, le sublimé et le liquide de Flemming.

Sur des coupes verticales, toute la coupe paraît infiltrée d'une grande quantité de leucocytes polynucléaires qui se réunissent en grand nombre dans les vaisseaux d'où ils ont sortis pour envahir tout le derme et une partie de l'hypoderme. Outre les globules blancs, on voit de nombreux globules rouges, quelques-uns détruits, d'autres bien conservés, que l'on peut mettre bien en évidence sur les coupes fixées dans le sublimé et colorées par l'hématoxyline orangée. Tandis qu'à un examen superficiel on dirait que toute la lésion consiste en un processus inflammatoire suppuratif diffus, un examen attentif montre qu'il s'est développé dans la partie profonde de petits foyers parfaitement ronds, qui se sont organisés autour d'un lobule de graisse. Ils sont constitués par des cellules allongées du type épithélioïde, ou rondes et petites avec un seul noyau, comme les cellules lymphoïdes ; de plus, il y a une ou deux cellules géantes encore bien conservées, les unes plus grosses, semblables aux cellules géantes typiques des tubercules, les autres un peu plus petites.

Autour de ces foyers qui ne sont pas au nombre de plus deux ou trois par coupe, on voit un fin réticulum qui les circonscrit et établit comme une barrière contre l'invasion du pus.

Il n'y a pas trace de thromboses ni de nécrose. Le tissu conjonctif qui a donné naissance aux petits nodules a complètement disparu.

L'épiderme a été détruit dans les points où commence la perte de substance de la périphérie ; il est épaissi et infiltré de nombreux leucocytes.

Donc, dans l'ulcération, la partie qui a subi la nécrose a été éliminée et, en dehors du processus inflammatoire diffus, il y a profondément de petits foyers microscopiques qui révèlent la nature des altérations.

Recherche du bacille de Koch et des dyogènes. Inoculations aux animaux. — Les nombreux examens faits suivant la méthode habituelle de recherches au moyen du liquide de Ziehl ont toujours donné des résultats négatifs. Je dois avouer que le premier nodule, très petit, n'a pu me permettre qu'un petit nombre d'examens, quoiqu'il fût le mieux approprié à la

recherche du bacille, parce que j'ai cru intéressant de compléter sur ce nodule mes examens histologiques. Le deuxième nodule et l'ulcération, à bien voir les choses, n'étaient pas les plus propres à une pareille étude, en raison de la suppuration concomitante. Ces circonstances expliquent peut-être l'insuccès de nos recherches.

Au contraire, nos efforts pour la démonstration de la présence des pyogènes ont eu un résultat favorable. Les recherches ont été faites par la méthode déjà indiquée sur sept nodules à diverses périodes de leur développement. De ces nodules, trois étaient stériles ; les quatre autres ont donné naissance au staphylocoque pyogène doré dont l'identité a été confirmée non seulement par les cultures dans le bouillon, sur l'agar et sur la gélatine, mais encore par l'inoculation aux animaux, qui a prouvé qu'il s'agissait d'un staphylocoque peu virulent.

Les tentatives de transmission de la tuberculose aux cobayes ont échoué complètement. Les trois animaux inoculés dans l'abdomen, autopsiés au bout de quatre mois, n'ont présenté aucune localisation tuberculeuse.

Obs. II. — F. F..., âgée de 15 ans, née à Florence, entre en juin 1900 dans la division dermo-syphilopathique de l'hôpital Santa-Maria-Nuova, que je dirigeais pendant le quadrimestre d'été.

Comme antécédents héréditaires, il faut noter qu'un frère de 2 ans est mort de méningite basilaire probablement tuberculeuse.

Comme autres antécédents, on apprend seulement que la jeune malade s'est toujours portée relativement bien, souffrant seulement d'engelures fréquentes l'hiver, aux pieds et aux mains.

Les premières manifestations de la maladie sur les jambes remontent à l'année 1899 ; à cette époque apparurent sur les jambes quelques nodules et taches de couleur rouge livide, dont une partie se terminèrent par résolution sans s'ulcérer et une partie s'ouvrirent pour se refermer ensuite au bout de deux mois, après un traitement local à l'iodoforme et un traitement général par les ferrugineux.

La malade se porta bien jusqu'au mois d'avril 1900, époque où reparurent aux jambes les mêmes taches rouges qui s'ulcérèrent peu à peu. Elle fut soumise de nouveau à un traitement antiseptique local par le sublimé et à des applications d'iodoforme, sans en éprouver les avantages obtenus précédemment. Elle se décida alors à se faire recevoir à l'hôpital.

État actuel. — Au tiers inférieur des deux jambes, sur leur partie externe, on voit deux larges taches qui, sauf les dimensions, ont les mêmes caractères : elles sont ovales et irrégulières de forme, et sont constituées par la réunion de nombreuses cicatrices du volume et de la forme d'une lentille de couleur rouge cyanotique, légèrement déprimées, foncées, très infiltrées. Çà et là, outre ces cicatrices, on voit encore de petites plaies granuleuses qui ont tendance à se cicatriser. Dans toute son étendue la grande plaque est très épaissie et entourée d'une bordure rouge au niveau de laquelle la peau est infiltrée et légèrement œdémateuse.

Sur le dos du pied, il y a de petits nodules disséminés sans ordre, gros comme un noyau de cerise, profonds, de consistance solide, de couleur rouge foncé. En outre, vers la partie externe, toujours sur la face dorsale

des pieds, on constate quelques taches ayant à peu près la grandeur d'une pièce de 5 centimes, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau, mais siégeant profondément, recouvertes de quelques squamules, spécialement entre les orifices folliculaires, presque complètement indolentes à la pression. Ces taches sont dues à la réunion de plusieurs nodules.

La petite malade présente plusieurs taches de pityriasis versicolore sur le tronc. Son état général est médiocre; elle est pâle, maigre, son thorax est étroit et cylindrique. Au cou on constate des adénites chroniques non ulcérées, et dans le thorax on note de l'obscurité du son dans la fosse sous-claviculaire droite et dans la région interscapulaire. L'inspiration est rude, courte, et l'expiration prolongée.

Il n'y a pas de toux, ni d'expectoration. Pas de fièvre. Rien dans les urines.

Le diagnostic général du cas n'était pas difficile. En tenant compte des symptômes constatés du côté du thorax, de l'état des ganglions cervicaux et de la constitution générale de la malade, on devait penser de suite à la tuberculose, bien que le diagnostic absolument certain ne puisse se faire en l'absence de bacille de Koch dans ses crachats.

Pour les lésions des jambes, le diagnostic n'était pas clair, surtout parce qu'il s'agissait d'une dermatose déjà parvenue à sa période de résolution. En me basant sur les renseignements fournis par les Assistants de la Clinique dermo-syphilopathique qui avaient vu la malade à plusieurs reprises à la consultation et sur les lésions qui étaient en activité, je pus me convaincre qu'en réalité il devait s'agir de la dermatose connue sous le nom d'érythème induré.

En fait, tandis que les Assistants, au début, observant seulement des taches de couleur rouge foncé à contours peu accusés, de consistance solide, avaient hésité à admettre l'existence d'un érythème noueux, ils durent, plus tard, lorsque les taches s'ulcérèrent, convenir que probablement les lésions des jambes avaient une connexion avec l'état général de la malade qui était presque certainement tuberculeuse.

Le traitement intitué à l'hôpital a été très simple et a consisté seulement dans la détersion des ulcérations encore en activité, et dans les moyens propres à améliorer l'état général (huile de foie de morue et ferrugineux). Peu à peu les ulcérations se cicatrisèrent, les taches et les nodules des pieds s'affaissèrent et aboutirent à la résolution complète.

Avant de renvoyer la malade, on excisa quelques fragments de la cicatrice et une partie d'une tache non ulcérée du pied droit pour les recherches histologiques et pour les inoculations aux animaux.

Réaction à la tuberculine. — La petite malade fut revue environ deux mois plus tard ; son état général s'était légèrement amélioré. Les cicatrices étaient moins infiltrées et leur coloration moins prononcée ; les taches des pieds semblaient avoir disparu. Les lésions du cou étaient à peu près dans le même état. Dans ces conditions, on fit une injection d'un milligramme de tuberculine. La réaction générale fut très forte. La petite malade fut prise, quatre à cinq heures après l'injection, d'un frisson très intense suivi d'une fièvre qui s'éleva jusqu'à 40° et s'accompagna d'une céphalalgie très intense, de vomissements, d'arthralgies, de myalgies, d'une grande dépression des forces.

La réaction locale fut très appréciable. Toutes les cicatrices se tuméfièrent notablement, prirent une coloration rouge vif, devinrent douloureuses à la pression ; il en fut de même des points où avaient existé des taches et quelques nodules devinrent rouges et se tuméfièrent d'une façon très nette. En même temps, les ganglions du cou augmentèrent de volume et devinrent un peu douloureux : on constata dans les poumons quelques râles qui n'existaient pas auparavant.

Le troisième jour qui suivit l'injection de tuberculine, les réactions générale et locale avaient disparu.

Examen histologique. — 1° La tache non ulcérée du pied fut fixée par l'alcool et le sublimé.

Les légions siègent profondément, au niveau des glomérules des glandes sudoripares. En ces points, on trouve une infiltration englobant des fragments de tubes glandulaires, arrondie, bien circonscrite, et constituée par de grosses cellules géantes avec leurs noyaux caractéristiques à la périphérie, cellules entourées des cellules épithélioïdes habituelles et de nombreuses cellules lymphoïdes. A la périphérie de ce nodule on voit très distinctement un fin réticulum conjonctif qui sépare nettement la partie saine de la partie infiltrée.

Sur quelques coupes, on peut déjà voir des signes de métamorphose régressive. Les petites cellules rondes se désagrègent en se fragmentant ; les cellules géantes deviennent homogènes et leurs noyaux se colorent mal. En dehors de ce foyer, les vaisseaux sont entourés d'un manchon, plus ou moins épais suivant les points, de leucocytes qui arrivent jusqu'à la couche papillaire.

Les parois vasculaires sont également altérées. Quelques vaisseaux assez petits sont oblitérés par la végétation de l'endothélium, sur d'autres il y a prédominance de l'infiltration leucocytaire des parois, d'autres enfin qui paraissent être de petites veines sont oblitérées par ces thromboses circonscrites. A peu de distance de ces vaisseaux thrombosés, quelques faisceaux de substance collagène présentent des altérations régressives ; au lieu de se colorer en rouge intense par la méthode de van Gieson, ils sont désagrégés, granuleux, colorés en jaune clair par l'acide picrique. Comme d'habitude, les fibres élastiques ont complètement disparu dans les points où s'est développé le granulome.

L'épiderme est augmenté d'épaisseur et présente des signes d'hyperkératose.

2° Cicatrice infiltrée de la jambe. Fixation par l'alcool et le sublimé.

La partie correspondant au tissu cicatriciel de nouvelle formation est constituée par du tissu connectif compact avec de nombreuses cellules allongées, fusiformes, à prolongements. A ce niveau, il n'y a plus aucune trace de fibres élastiques.

L'épiderme de revêtement est épaissi, inégalement développé.

Des lésions caractéristiques existent profondément à la limite de la cicatrice et du tissu périphérique (pl. V, fig. 4). En ce point, on voit de petits foyers qui ne diffèrent en rien des tubercules véritables et qui sont constitués par des cellules géantes encore bien conservées, par des cellules épithélioïdes et lymphoïdes disposées aussi régulièrement que

dans le plus classique des tubercules pulmonaires. Quelques artérioles profondes présentent une prolifération très prononcée de leur endothéthélium avec développement d'une deuxième membrane élastique (pl. V, fig. 5). Il n'y a aucune trace de thrombose ni de nécrose.

Il est remarquable que, aussi bien dans la tache que dans la cicatrice, au niveau desquelles l'examen clinique montre la résolution en apparence complète de toutes les lésions, la tuberculine a provoqué une réaction se traduisant par une coloration rouge vif et la tuméfaction.

Recherche du bacille de Koch. Inoculation aux animaux. — Nous n'avons pas été plus heureux dans ce cas que dans le précédent. Toutes les coupes que nous avons examinées nous ont toujours donné des résultats négatifs. De même toutes les tentatives pour tuberculiser les cobayes ont échoué.

La recherche des pyogènes dans les taches a été également négative.

* * *

Avant de faire quelques remarques sur la nature et la pathogénie de l'érythème induré, nous résumerons brièvement les résultats de nos recherches cliniques et anatomo-pathologiques pour les comparer à celles des autres observateurs.

Cliniquement, nous avons vu des nodules et des taches de forme et de volume variables, de couleur rouge cyanotique, profonds, pouvant se résoudre *en apparence* d'une façon complète ou se ramollir et suppurer en s'ulcérant, pour se cicatriser à la suite de traitements locaux même très anodins, sauf à se rouvrir ensuite au bout de quelques mois, et à donner lieu à des ulcérations torpides entourées d'une large bordure périphérique infiltrée de coloration rouge.

Nos deux malades étaient tuberculeuses, la première présentait des adénopathies tuberculeuses du cou avec des scrofulodermes typiques : chez la deuxième, qui avait non seulement des adénopathies cervicales, mais encore des localisations tuberculeuses aux sommets des poumons, le diagnostic général a été confirmé par la réaction vive provoquée par la tuberculine.

Ce tableau clinique correspond d'une manière évidente avec celui qui a été donné par d'autres observateurs : il n'est pas douteux que ces faits rentrent dans la catégorie de ceux décrits par Bazin, Hutchinson, Leredde, Thibierge, etc.

Pour ce qui regarde les altérations histologiques, je rappelle que, sur toutes les coupes, tant du nodule le plus petit que du nodule suppuré, de l'ulcération et de la cicatrice, j'ai constaté sur de nombreuses petites artères des altérations à type de méso ou de péri-artérite avec infiltration leucocytaire des parois et prolifération des éléments propres ou à type d'endartérite avec tendance à la forme oblitérante. Dans quelques vaisseaux, les lésions sont minimes ou manquent complètement. Dans d'autres coupes (petit nodule), outre les alté-

rations habituelles des parois, il y a des thromboses avec réaction phlogistique périphérique et nécrose qui débute dans la thrombose elle-même et envahit dans une certaine étendue les tissus qui entourent le vaisseau oblitéré. Dans le nodule suppuré, dans l'ulcération et dans la tache du pied, il était facile de constater de petites hémorrhagies. Les veines prennent aussi part au processus et plusieurs d'entre elles sont thrombosées au voisinage des artères présentant la même altération.

Outre les altérations de l'appareil vasculaire, il en existe d'autres beaucoup plus importantes pour nous, soit en raison de leur présence constante dans toutes les coupes, soit en raison de leurs caractères très significatifs. Vers les limites du derme ou plus bas, entre les trabécules connectives de l'hypoderme, comme je l'ai déjà noté, il y a de petites infiltrations cellulaires qui se ressemblent plus ou moins : leur centre est habituellement occupé par une ou plusieurs cellules géantes à noyaux très nombreux, autour desquelles se trouvent des cellules épithélioïdes, des cellules plasmatiques, des lymphocytes plus ou moins abondants. Tandis que dans le nodule initial on ne voit pas encore de signes de dégénérescence, on voit déjà dans le nodule suppuré des signes nets d'une nécrose caséeuse dans une partie du foyer qui est entourée à son tour, latéralement et profondément, de grosses traînées de tissu conjonctif jeune de nouvelle formation. Dans les points où ces foyers se développent, le tissu normal disparaît, de sorte qu'il n'y a plus trace de tissu connectif trabéculaire ni de cellules adipeuses, ni de fibres élastiques, et peu à peu il n'y a plus de glomérules sudoripares compris dans l'infiltration.

En présence de ces lésions, il n'est pas difficile de faire un diagnostic anatomique. Il ne s'agit plus ici de rares cellules géantes disséminées çà et là au milieu des éléments habituels de quelque processus inflammatoire, mais on voit avec évidence la disposition qui s'observe dans les granulomes vrais. Et, quand on trouve des cellules géantes, nombreuses, volumineuses, avec des noyaux à leur périphérie, des cellules épithélioïdes et lymphoïdes, de la nécrose caséeuse, que les éléments normaux de la peau ont disparu, on doit dire que le granulome a tous les caractères du granulome tuberculeux.

J'ai dit que l'on trouve la structure du tubercule dans tous les fragments examinés ; je dois ajouter que la démonstration n'est pas partout aussi facile. Dans le nodule le plus petit, la thrombose et la nécrose consécutive masquent les altérations caractéristiques ; dans le nodule suppuré et plus encore dans l'ulcération il y a, en raison de la concomitance des germes pyogènes, un processus suppuratif représenté par de très nombreux leucocytes polynucléaires qui infiltrent dans une plus ou moins grande étendue tout le derme et l'hypoderme sans épargner non plus les petits foyers tuberculeux.

Dans les cicatrices, au contraire, où aucune complication ne vient modifier l'aspect propre des lésions, celles-ci se détachent avec une grande netteté sur toutes les coupes examinées.

En comparant mes résultats avec ceux obtenus par d'autres observateurs, on remarque quelques différences sur lesquelles je vais m'arrêter. Leredde et Philippson, dans leur description, considèrent comme étant les plus importantes les altérations vasculaires, spécialement celles des veines (thromboses, endophlébites), et regardent les altérations inflammatoires comme secondaires.

Thibierge et Ravaut parlent, il est vrai, d'infiltration inflammatoire avec quelques cellules géantes, mais ne se prononcent pas nettement sur la question de savoir s'il s'agit de granulomes ou d'une inflammation banale. Seul Colcott Fox dit, sans plus de détails, qu'il s'agit d'un granulome tuberculeux.

Comment expliquer cette diversité des constatations anatomiques dans des cas qui se correspondent à peu près au point de vue clinique? Elle doit avoir des causes multiples : si on examine, par exemple, un petit nombre de coupes d'un nodule, il peut très facilement arriver qu'on y rencontre uniquement les altérations des vaisseaux avec leur réaction inflammatoire et la nécrose sans qu'on arrive à démontrer la structure granulomateuse ; ainsi, dans un petit nodule que j'ai examiné, j'ai dû étudier toutes les coupes pour en découvrir à peine quelqu'une dans laquelle les cellules géantes avec leurs cellules épithélioïdes et lymphoïdes fussent bien visibles. Dans d'autres cas, il est très probable qu'on s'est trouvé en présence de la même circonstance sur laquelle C. Pellizzari a appelé avec raison l'attention au Congrès international de Londres, 1896. Il pourra arriver en fait que, pendant un certain temps, il n'existe que des altérations vasculaires, lesquelles seraient alors produites par les toxines. Ces altérations, à leur tour, prépareraient le terrain pour d'autres altérations plus graves à type de granulome, que l'on devrait, au contraire, attribuer à la présence locale d'un agent microbien. Ainsi s'expliquerait comment, jusqu'à présent, les constatations des divers observateurs ont offert tant de variations.

D'autres fois, enfin, il peut n'y avoir jamais de lésions du type du granulome, parce que l'agent pathogène limite son action aux vaisseaux sur lesquels il l'épuise en provoquant seulement un processus inflammatoire nécrotique. C'est ce qui a dû arriver à Philippson qui, ayant examiné avec sa compétence histologique bien connue 7 nodules à différents stades de leur développement, n'a pas eu l'occasion de constater de tubercules vrais, quoiqu'il ait trouvé des bacilles de Koch dans 2 nodules.

Quoi qu'il en soit, en me limitant à l'interprétation anatomo-pathologique de mes cas, je ne puis les regarder, comme a fait

Philippson pour les siens, comme des cas de thrombo-phlébite pure et simple, parce que cette altération, tout en ayant existé, n'est ni une lésion constante, ni le fait principal. Pour mon compte, je dois admettre l'existence d'un granulome qui, pour s'accompagner de graves altérations des artères et des veines et se développer au voisinage de ces vaisseaux, doit être produit par un agent qui, quelle que puisse être sa nature, atteint la peau par la voie sanguine, s'arrête dans les artères du réseau profond, en particulier autour des glomérules sudoripares, provoque d'abord des lésions d'artérite, de phlébite, de thrombose et même de nécrose; puis, sortant des vaisseaux, atteint le tissu cellulaire sous-cutané où il peut déterminer une réaction qui prend la forme d'un granulome. Lorsque le granulome est parvenu à son maximum de développement, il peut, peut-être par suite de la diminution de l'activité de l'agent pathogène, rétrocéder et se résoudre en apparence, ou bien, une partie de son tissu étant éliminée par nécrose, il se forme une cicatrice autour de laquelle l'agent pathogène doit toujours persister, ainsi que le prouve la permanence de lésions qui en font supposer la présence.

A titre de phénomènes accidentels et complications, peuvent intervenir les pyogènes qui, à leur tour, provoquent un processus suppuratif dans quelques nodules.

Nous pouvons maintenant nous appuyer sur les recherches faites pour établir d'une façon plus précise la cause de la maladie. Beaucoup d'auteurs ont recherché la présence des bacilles dans l'érythème induré et ont fait des inoculations aux cobayes : les résultats positifs sont bien rares et nullement décisifs.

Thibierge et Ravaut sur 4 cas ont pu une seule fois produire la tuberculose chez le cobaye. Philippson a trouvé dans deux nodules d'un malade des bacilles granuleux qui se coloraient mal, et a pu reproduire des tubercules dans l'iris d'un lapin (peut-être l'expérience aurait-elle été plus convaincante si l'auteur avait fait la recherche des bacilles dans ces tubercules expérimentaux). Dans un seul cas Jadassohn a obtenu une réaction avec la tuberculine.

Je ne me suis naturellement pas limité à l'examen anatomique, et j'ai voulu voir s'il existait des bacilles et si je pouvais rendre les cobayes tuberculeux en leur injectant des fragments de tissu malade.

Bien que j'aie eu lieu de m'attendre à des résultats positifs après avoir constamment constaté des lésions à type de tuberculose à tous les stades de la dermatose, cependant je dois avouer que mes recherches n'ont donné aucun résultat, bien que je me sois donné la peine d'examiner un grand nombre de coupes et que j'aie inoculé 3 cobayes avec des fragments de lésions de la première malade et 2 cobayes avec des fragments de lésions de la deuxième.

Par contre, j'ai obtenu des résultats intéressants par l'injection de

tuberculine dans le deuxième cas. Avec un seul milligramme de tuberculine, la réaction a été très forte et, ce qui a plus de valeur pour nous, nous avons vu apparaître une rougeur et une tuméfaction très notables tant autour des cicatrices dans lesquelles l'examen histologique montrait la présence de tubercules que dans la tache qui était résolue *en apparence*.

De toutes ces recherches, que pouvons-nous conclure au sujet de l'étiologie de cette dermatose ? Quelques auteurs français, et à leur tête Hallopeau, considèrent l'érythème induré, ainsi que toutes les autres formes de tuberculides, comme une manifestation cutanée ne relevant pas directement de l'action du bacille de Koch, mais produite par les toxines qui se forment dans les divers foyers tuberculeux si communs chez les sujets porteurs de tuberculides. En faveur de cette hypothèse, on pourrait invoquer les arguments suivants : l'absence de lésions typiques comme celles qu'on observe dans le lupus, la présence constante d'altérations vasculaires, l'absence du bacille, l'impossibilité de transmettre certainement la tuberculose aux animaux. Cette hypothèse n'a pas eu grand succès au Congrès de Paris, et, si elle n'a pas été directement écartée, elle a été fortement mise en doute ou niée par Colcott Fox, Neisser, Leredde, Campana et Darier, si bien que Hallopeau lui-même a défendu assez mollement ses idées, presque convaincu qu'il était par l'argumentation de ses contradicteurs.

Nous limitant naturellement à rechercher si dans nos observations il serait possible de regarder l'érythème comme une toxi-tuberculide, nous devons dire de suite que diverses raisons vont formellement à l'encontre de cette hypothèse. Avant tout, nous devons mettre en relief cet argument que, ne pouvant établir d'une façon certaine quelle part on doit attribuer dans les localisations tuberculeuses véritables à l'action du bacille et à celle de ses toxines, nous manquons d'éléments pour dire quand une lésion sera due au bacille seul ou à ses toxines. Il est d'autant plus difficile d'aborder une pareille question qu'on n'a pas encore tenté de déterminer expérimentalement le mode d'action des toxines tuberculeuses sur la peau. Que si, d'autre part, nous voulions nous référer aux données fournies par la pathologie expérimentale sur les toxines bactériennes en général, nous devrions rejeter leur influence unique dans la production des lésions chez nos malades, parce qu'il est démontré que les poisons bactériens introduits dans la circulation attaquent les parois vasculaires, provoquent des troubles circulatoires plus ou moins graves, déterminent des altérations dégénératives nécrotiques des organes parenchymateux avec lesquels ils entrent en contact, mais ne produisent pas d'infiltrations cellulaires granulomateuses comme nous en avons observé dans nos 2 cas.

Il est certain, par suite, que Thibierge doit être beaucoup plus près

de la vérité en considérant l'érythème induré comme une forme clinique très semblable aux gommes scrofuleuses, déterminée par le bacille arrivant à la peau très probablement par voie embolique et aussi Darier qui, allant encore plus loin, admet que les bacilles qui arrivent à la peau sont déjà peu virulents et succombent ensuite sous l'action des phagocytes et du pouvoir bactéricide des tissus envahis, de telle sorte que les recherches ultérieures ne peuvent plus en démontrer l'existence.

Pour décider jusqu'à quel point cette manière de voir de Darier peut être acceptée, il est nécessaire, je crois, d'approfondir un peu plus qu'il ne l'a fait la question de la virulence du bacille tuberculeux, en se basant sur toutes les données de fait mises en lumière par ceux qui se sont occupés de cette question au point de vue expérimental.

Une première question à laquelle il est nécessaire de répondre est celle-ci : existe-t-il réellement une tuberculose qui soit provoquée par des bacilles moins virulents que d'autres ? Les résultats des recherches expérimentales sur ce point sont un peu contradictoires.

Arloing (2) a été un des premiers à étudier la virulence du bacille en se servant de lésions pulmonaires et ganglionnaires ; il vit que, tandis que les crachats tuberculisent aussi bien les lapins que les cobayes, les fragments de ganglions infectent les cobayes et non les lapins. Il injecte des produits tuberculeux anciens aux cobayes et produit la tuberculose; les lapins restent indemnes, mais deviennent tuberculeux à leur tour lorsqu'on leur injecte des produits tuberculeux provenant de l'inoculation successive de deux cobayes. Il conclut de ces recherches que la scrofule est une tuberculose atténuée.

Courmont (9) inocule des cultures anciennes et atténuées du bacille dans les veines d'un cobaye jeune et voit se développer une tumeur blanche qui, d'après lui, ne serait qu'une tuberculose à bacilles moins virulents.

Perez (34) a remarqué que, après deux ou trois passages dans les ganglions lymphatiques, le bacille s'atténue de façon à ne produire chez le cobaye, même au bout de dix mois, qu'une tuméfaction des ganglions avec calcification des tubercules dans plusieurs organes : il admet, par suite, que la scrofule et la tuberculose ne diffèrent que par la virulence du bacille.

D'autres expériences ont conduit à des conclusions différentes.

Wissokowitz (46-47) ayant remarqué que, en diluant des cultures et des crachats, on obtient des tuberculoses expérimentales plus ou moins graves suivant la quantité de matière tuberculeuse injectée, conclut que les tuberculoses atténuées ne sont pas dues à la moindre virulence des bacilles, mais à la moindre abondance ou à une plus forte résistance des tissus.

Preys (25), faisant des expériences à la même époque, obtint les mêmes résultats et émit les mêmes conclusions.

Auclair (3) a étudié sur les animaux les effets des produits tuberculeux d'origines différentes et a trouvé que l'infection se manifeste toujours avec la même intensité.

Leloir (26-27), qui a fait de nombreuses inoculations aux cobayes et aux lapins avec des fragments de lupus provenant de plus de 200 cas, s'est convaincu que la faible virulence des tissus lupiques relativement aux crachats ne dépend pas de la moindre virulence des bacilles, mais de leur présence en petit nombre dans la peau. Le scrofuloderme donnerait plus facilement que le lupus des inoculations positives aux animaux.

Enfin je dois rappeler les recherches de Vagedes (44) qui porteraient à admettre que les différences de virulence de la tuberculose dépendent autant de la quantité que de la qualité des bacilles inoculés. Il a prouvé en réalité que les bacilles tuberculeux inoculés dans la circulation en même quantité donnent une tuberculose d'intensité variable suivant leur provenance, et d'autre part que des quantités différentes d'une même culture provoquent des lésions de tuberculose miliaire d'intensité différente.

Voyons maintenant si ces recherches expérimentales peuvent s'appliquer à nos cas dans lesquels, comme nous l'avons démontré, la clinique, l'anatomie pathologique et la réaction positive à la tuberculine nous font supposer qu'il s'agit d'une localisation de la tuberculose. Les résultats négatifs fournis par l'inoculation des nodules cutanés aux animaux dépendent peut-être du nombre restreint des bacilles dans les localisations cutanées? En tenant compte des résultats positifs de quelques-unes des expériences qui ont été citées, on doit admettre cette interprétation, d'autant plus que la recherche du bacille jusqu'ici a, pour ainsi dire, toujours échoué.

Mais cela n'est pas tout et, s'il est vrai que des dilutions très étendues de crachats contenant un très petit nombre de bacilles sont capables de reproduire la tuberculose, nous ne comprendrions pas pourquoi l'inoculation de gros fragments, dans lesquels il devrait probablement se trouver au moins autant de bacilles que dans les crachats très dilués, ne donneraient pas de résultats positifs chez les cobayes. Très probablement, on devrait invoquer aussi l'autre facteur, la moindre virulence du bacille lui-même.

S'il en était ainsi, nous nous expliquerions très bien comment on peut trouver dans les cicatrices des lésions appréciables seulement à l'examen microscopique, lésions qui, tout en réagissant à la tuberculine, restent des mois sans devenir apparentes macroscopiquement. Nous nous rendrions compte de la même façon du résultat des recherches de Pizzini (36) qui, sur 40 sujets morts de maladies aiguës

ou d'accidents, a trouvé dans la moitié environ des cas des bacilles tuberculeux dans les ganglions péribronchiques et cervicaux, et de celles de Perez (34) qui a vu également dans les ganglions, outre le bacille tuberculeux, des streptocoques et des pneumocoques vivant à l'état de parasitisme latent. Dans tous ces cas, en admettant une virulence du bacille assez atténuée, nous arriverions à comprendre comment ce bacille peut persister dans les tissus et les organes sans donner de signes très nets de sa présence et de sa vitalité.

Un autre côté de la question mérite quelque attention : nous devons montrer quelle est l'action exercée par les pyogènes sur la marche de la maladie.

En recourant à la littérature qui concerne ce sujet, nous trouvons que des recherches bien peu nombreuses ont été faites, si nous faisons abstraction des données cliniques déjà connues des anciens dermatologistes, et se rapportant à l'influence bienfaisante pour certains, négative pour d'autres, que l'érysipèle exerce sur la marche du lupus.

Selon Leloir (27), les pyogènes aggravent toujours le processus lupique.

Leistikow (28), ayant observé dans deux scrofulodermes la présence de pyogènes, conclut que les scrofulodermes sont toujours le résultat d'une infection mixte, tuberculeuse et staphylococcique.

Unna (50), au contraire, est d'une opinion tout à fait opposée et soutient que la peau lupique semble avoir une immunité contre les pyogènes.

En dehors de ces auteurs, on n'en trouverait pas, que je sache, d'autres qui se soient occupés de l'importante question de ces infections mixtes de la peau.

Au contraire, une série de recherches de Cornet (10), Petruski (37), Jakowski (24), Ortner (31), Patella (38), Spengler (41), Luzzatto (29), Wunscheim (48), Schutz (40), Ehrardt (14), Schrœder (39), Mennes, etc., ont démontré définitivement la grande fréquence des infections secondaires dans la tuberculose pulmonaire et l'influence délétère que le streptocoque pyogène, le staphylocoque, le streptocoque de Fraenkel, le bacille de Friedländer et d'autres de moindre importance exercent sur la marche du processus tuberculeux chronique du poumon.

Par contre, dans la tuberculose chirurgicale, la présence des pyogènes et spécialement du streptocoque semble être avantageuse ou du moins ne serait pas aussi dangereuse que dans le poumon.

Ainsi Emmerich (13) a inoculé des bacilles tuberculeux dans l'œil de deux cobayes auxquels il a injecté dans le sang, deux jours plus tard, une culture de streptocoque de l'érysipèle ; chez un de ces animaux, le processus tuberculeux s'est arrêté et chez l'autre a évolué plus lentement.

Jonson (49), dans divers foyers de tuberculose chirurgicale, a inoculé des cultures peu virulentes de streptocoques et a produit de la rougeur avec réaction locale très vive ; sur les 16 malades soumis à cette expérience, quelques-uns ont guéri, tous ont été améliorés.

Nannotti (30), qui expérimenta sur des animaux, a obtenu quelques guérisons apparentes et dans plusieurs cas des améliorations notables. Cependant il n'a pas souvent pu empêcher la généralisation de la tuberculose et a trouvé des bacilles tuberculeux encore virulents non seulement dans un abcès avec streptocoques, mais encore dans une cicatrice.

En me rapportant à mes cas, je ne puis me ranger à l'avis de Leistikow, parce que dans quelques nodules je n'ai pu démontrer la présence du staphylocoque et qu'il n'y avait pas de signes anatomiques de sa présence. Je ne puis pas non plus être de l'avis de Unna par ce seul fait que dans mon cas les pyogènes ne faisaient pas défaut ; je veux dire qu'on ne peut pas parler d'immunité des tissus tuberculeux contre ces infections.

Le staphylocoque aurait-il aggravé beaucoup le processus local, comme Leloir, généralisant le résultat de ses expériences, voudrait l'admettre ? Je ne le crois pas. Les lésions ulcéreuses dans lesquelles existaient des pyogènes se sont réparées assez bien, quoiqu'on n'ait fait que des pansements détersifs et sans qu'il y ait eu de pertes de substance très accusées. D'autre part, je ne puis penser à une action curative véritable, quand j'ai vu dans les cicatrices des tubercules réagissant à la tuberculine. On peut donc conclure que le staphylocoque a tout au plus exagéré, par l'action de ses toxines, la nécrose et la chute des foyers tuberculeux profonds.

Arrivés à ce point, connaissant les diverses particularités de l'érythème induré, nous devons voir quels sont les rapports de cette dermatose avec les autres types bien connus de tuberculose cutanée.

Bazin avait rangé l'érythème induré parmi les *scrofulides bénignes*, avec les engelures permanentes, quelques variétés d'acné rosacée, le strophulus, le lichen et l'acné pustuleuse.

Besnier (6), en 1883, dans une étude sur les gommes scrofuleuses, après avoir rappelé les idées de Bazin, ne considère pas comme exact de maintenir la dénomination de scrofulides pour les formes cliniques désignées sous ce nom par Bazin, parce qu'elles n'ont absolument aucun rapport avec la scrofule, quoiqu'elles s'observent fréquemment chez les sujets scrofuleux.

Darier (12), en 1896, dans son étude sur les tuberculides, revient aux idées générales de Bazin qui, en se basant sur la seule observation clinique, avait eu l'intuition juste que certaines lésions très fréquentes chez les scrofuleux, n'étaient pas de simples phénomènes accidentels ou des complications sans liens directs avec la maladie

principale, mais devaient être considérées comme des manifestations bénignes de la même scrofule. De même, en suivant la même conception, Darier, et après lui de nombreux autres représentants de l'École française, ont tenté de reconstituer avec des critériums cliniques et anatomo-pathologiques plus modernes le groupe des tuberculides, comprenant les nombreuses affections qui, s'observant chez des tuberculeux, se présentent morphologiquement d'une manière très variable, sous la forme érythémateuse, papuleuse, pustuleuse, nodulaire, et ont pour siège anatomique le follicule, les couches périfolliculaires, les couches superficielles ou profondes du derme en dehors des follicules, ou même l'hypoderme. Les altérations anatomiques observées sont également assez différentes, suivant les cas : il s'agit tantôt simplement d'un processus inflammatoire commun, tantôt de suppuration, tantôt d'un granulome ou enfin d'un processus principalement nécrotique.

En un mot, les différences cliniques et anatomiques sont si grandes entre les diverses formes, que souvent on peut se demander si ces affections méritent véritablement d'être toutes comprises dans le même groupe.

Il est certain, à mon avis, que, comme on l'a déjà fait et comme on le fait chaque jour pour d'autres groupes de dermatoses, dont on cherche par une sélection bien conduite à distraire quelques affections qui se distinguent de celles appartenant au même groupe moins cliniquement que par leurs caractères anatomiques et par leur mécanisme pathogénique, on doit sans aucun doute entreprendre le même travail d'analyse dans le groupe de tuberculides, dans lequel on range très probablement des affections qui doivent être placées parmi les tuberculoses cutanées, et d'autres qui n'ont rien à voir avec le bacille de Koch.

C'est ce qui est arrivé pour l'érythème induré de Bazin qui, distrait par Thibierge et Ravaut du groupe des tuberculides, est considéré comme une forme assez voisine des gommes tuberculeuses, tandis que Colcott Fox, Pringle et Crocker l'ont sans hésitation identifié aux scrofulodermes.

De mon côté, en me basant sur les recherches poursuivies à ce sujet, je ne puis que m'associer, en thèse générale, aux auteurs précédents pour considérer l'érythème induré comme un scrofuloderme, bien qu'il diffère du scrofuloderme par quelques caractères qui sont, à mon avis, d'importance secondaire et que je veux rappeler brièvement.

Au point de vue morphologique, le scrofuloderme et l'érythème induré sont représentés l'un et l'autre par un nodule profond occupant le tissu cellulaire sous-cutané qui peut se résoudre en apparence, ou se ramollir, s'ulcérer et se séparer pour récidiver même au bout de

quelques mois. L'érythème induré, dans son ensemble, est plus bénin que le scrofuloderme; il peut reparaître à l'improviste, comme l'a bien remarqué Thibierge, a pour sièges de prédilection les membres inférieurs, symétriquement des deux côtés, et se présente sous forme de foyers multiples. Le scrofuloderme, au contraire, siège le plus souvent et de préférence au cou et à la face, est plus circonscrit, dur le plus souvent, se résout difficilement sans s'ulcérer.

Anatomiquement, en me bornant à ce que j'ai constaté dans mes deux cas, il n'y a que des différences de détails : les deux lésions sont constituées par un granulome qui dégénère et aboutit à la nécrose caséeuse et, dans l'une comme dans l'autre, la présence de pyogènes et la suppuration qu'ils provoquent, si elle n'est pas constante, comme le voudrait Leistikow, est certainement assez fréquente. Dans l'érythème induré, il y a prédominance des altérations vasculaires et il peut y avoir des thrombo-artérites et des thrombo-phlébites, tandis que ces altérations manquent, en règle générale, dans le scrofuloderme. Dans le scrofuloderme, les inoculations aux animaux sont plus facilement positives que dans le lupus (Leloir); dans l'érythème induré, c'est seulement par exception qu'on a pu tuberculiser le cobaye.

Enfin nous devons noter que le mécanisme de formation diffère dans les deux formes. Dans le plus grand nombre des scrofulodermes, il s'agit de localisations tuberculeuses sous-cutanées qui se produisent par contiguïté à la suite de foyers occupant les ganglions, les os ou d'autres organes et qui se diffusent par la voie lymphatique.

Dans l'érythème, nous avons lieu de croire que la diffusion doit se faire par la voie sanguine : c'est ce que semblent montrer l'apparition rapide, la grande diffusion des manifestations, leur bilatéralité, l'altération des parois vasculaires sous la forme de thrombo-artérites et de thrombo-phlébites.

En résumé, en tenant compte des caractères cliniques et anatomo-pathologiques fondamentaux de l'érythème induré, nous nous trouvons en présence d'arguments suffisants pour le considérer comme une variété de scrofuloderme. Les différences qui existent entre les deux affections sont d'ordre secondaire et dues peut-être à la virulence différente de l'agent pathogène et à la différence des voies qu'il emprunte pour atteindre le tissu sous-cutané, siège commun de leurs lésions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abraham. Érythème induré de Bazin. *Derm. Soc. of Great Britain et Ireland*, 22 mars 1899.

2. Arloing. Essai de différenciation expérimentale de la scrofule et de la tuberculose humaines. *Lyon médic.*, 1887.

3. Auclair. Recherches sur la virulence des bacilles tuberculeux humains provenant de sources cliniques diverses. *Arch. de méd. expérim.*, 1897.

4. AUDRY. Etude de la lésion de l'érythème induré (de Bazin) et sur la notion du lymphatisme. *Annal. de derm. et de syph.*, 1898.

5. BAZIN. *Leçons sur la scrofule*, 1861.

6. BESNIER. Gommes scrofuleuses. *Dict. encyclop. des sciences médicales*, 1883.

7. BŒCK. Die Exantheme der Tuberculose. *Arch. für Derm. und Syph.*, 1898.

8. CROCKER. The connexion of tuberculosis with diseases of the skin. *Intern. Congr. of dermat.* London, 1896.

9. COURMONT. De la production chez le lapin des tumeurs blanches expérimentales par inoculation intraveineuse de culture de bacille de Koch atténué. *Province méd.*, 1890.

10. CORNET. Ueber Mischinfection der Lungentuberculose. *Wien. med. Woch.*, 1892.

11. DADE. A case of Erytheme indure des scrofuleux of Bazin with microscopical findings showing its non relations to tuberculosis. *Journ. of. cut. dis.*, 1899.

12. DARIER. Des tuberculides cutanées. *Ann. de derm. et de syph.*, 1896.

13. EMMERICH. Die Heilung des Milzbrandes durch Erysipelserum von Krebs und anderen malignen Neubildungen, sowie von Lupus, Tuberkulose, Rotz und Syphilis. *Münch. med. Woch.*, 1894.

14. EHRHARDT. Ueber die Mischinfektion bei Lungentuberkulose. *Inaug. Dissert.*, 1898.

15. COLCOTT FOX. On the Erytheme indure des scrofuleux of Bazin. *Brit. Journ. of Derm.*, 1893.

16. HUTCHINSON. *Arch. of Surgery*, 1893.

17. HALLOPEAU. Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau, autres que le lupus vulgaire. *III[e] Cong. intern. de derm., Londres*, 1896.

18. — Sur la genèse du lichen scrofulosorum et d'autres tuberculides. *Ann. de derm. et de syph.*, 1899.

19. HAURY. Essai sur les tuberculides cutanées. *Thèse* Paris, 1899.

20. JADASSOHN. Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut. *Ergeb. der allg. Path. und path. An. des Menschen und der Thiere*, 1895.

21. — Ueber die tuberkulösen Erkrankungen der Haut. *Berlin. klin. Woch.*, 1899.

22. — Tuberkulide. *Encykl. der Haut und Geschlehtskran.*, Leipzig, 1900.

23. JOHNSTON. Indurated Erythema and necrotic granuloma in the sam subreet. *Journ. of cut. and genit. urin. disease*, 1899.

24. JAKOWSKI. Beitrag zum Frage über die sogenanten Mischinfectionen der Phtisiker. *Centralbl. f. Bakter.*, 1893.

25. LEREDDE. Tuberculides nodulaires des membres inférieurs (érythème induré de Bazin). *Annales de derm. et de syph.*, 1898.

26. LELOIR. Sur l'inoculation des produits tuberculeux et spécialement du lupus vulgaire. *Congrès de la tuberc.*, Paris, 1889.

27. — *Traité pratique, théorique et thérapeutiqye de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes.* Paris, 1892.

28. LEISTIKOW. Ueber Scrofuloderma. *Monatsch. für prakt. Dermat.*, 1889.

29. LUZZATTO. Mischinfectionen bei Lungentuberkulose des hoheren Alters. *Centralb. f. Bacter.*, 1897.

30. NANNOTTI. Osservazione clinica e ricerche sperimentali intorno alla influenza delle infiammazioni streptococciche nelle affezioni tubercolari. *La Riforma medica*, 1893.

31. ORTNER. Die Lungentuberkulose als Mischinfection. *Centralb. f. Bacter.*, 1894.

32. PHILIPPSON. Sopra la tromboflebite tubercolare cutanea osservata in un caso di linfomi scrofolosi del collo. *Giorn. it. delle mal. vener. e della pelle*, 1898

33. — Ueber Phlebitis nodularis necrotisans. *Arch. für Derm. und Syph.*, 1901.

34. PEREZ. Ueber des Verhalten des Lymphdrüsensystems den Mikroorganismen gegenüber. *Centralbl. f. Bacter.*, 1898.

35. PREYS. Ueber den Einfluss der Verdunnung und der kunstlich erzeugten Disposition auf die Wirkung des inhalirten tuberkulosen Giftes. *Münch. medic. Woch.*, 1891.

36. PIZZINI. Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen Nichtuberculoser. *Zeitsch. für klin. Med.*, 1891.

37. PETRUSCKI. Tuberculose und Septikämie. *Deut. med. Woch.*, 1893.

38. PATELLA. Associazioni microbiche nella tubercolosi polmonare. *XIe Congr. intern. medic.*, Roma, 1894.

39. SCHRŒDER u. MENNEZ. Ueber die Mischinfection bei chronischer Lungentuberkulose. *Centralbl. f. Bacter.*, 1898.

40. SCHÜTZ. Zur Fräge der Mischinfection bei Lungentuberkulose. *Berlin. klin. Woch.*, 1898.

41. SPENGLER. Ueber Lungentuberkulose und bei ihr vorkommende Mischinfection. *Zeitsch. f. Hyg.*, 1894.

42. THIBIERGE. L'érythème induré des jeunes filles. *La Semaine médic.* 25 déc. 1895.

43. THIBIERGE et RAVAUT. Étude sur les lésions et la nature de l'érythème induré. *Annal. de derm. et de syph.*, 1899.

44. BŒCK, COLCOTT FOX, CAMPANA, RIEHL, DARIER, NEISSER, LEREDDE. Tuberculides. *IVe Congrès internat. de dermatologie*, Paris, 1900.

45. VAGEDES. Experimentelle Prüfung der Virulenz von Tuberkelbacillen. *Zeitsch für Hygien*, 1898.

46. WISSOKOWITSCH. Ueber den Einfluss der Quantität der verimpften Tuberkelbacillen auf den Verlauf der Tuberkulose bei Kanninchen und Meerschweinchen. *Congrès de la tuberculose*, Berlin, 1889.

47. — *Ueber die Beziehungen der Skrofulose zur Tuberkulose.* Wiesbaden, 1890.

48. WUNSCHEIM. Die Lungentuberkulose als Mischinfection. *Prag. med. Woch.* 1895.

49. JONSON. Nouvelle méthode du traitement de la tuberculose chirurgicale. *Arch. de médec. expérim. et d'anat. path.*, 1897.

50. UNNA. *Histopathologie der Haut.*, 1894.

EXPLICATION DE LA PLANCHE V

Fig. 1 (obs. I). — Coupe verticale d'un *petit nodule.* (Hämalaun orange. Microscope Koristka, oc. 3, obj. 4.)

Fig. 2. *Ulcération* (obs. I). — Infiltration développée autour d'un lobule adipeux dans le tissu conjonctif sous-cutané. (Méthode de Flemming, safranine. Microscope Koristka, immersion homogène.)

Fig. 3. *Nodule I* (obs. I). — Deux vaisseaux avec thrombose et nécrose dans le tissu conjonctif sous-cutané (Hämalaun orange. Microscope Zeiss. Immersion homogène 1/12e.)

Fig. 4. *Cicatrice* (obs. II). — Infiltration profonde avec deux cellules géantes. (Hämalaun orange. Microscope Koristka, immersion homogène.)

Fig. 5. *Cicatrice* (obs. II). — Endartérite oblitérante avec membrane élastique de nouvelle formation. (Méthode de Unna-Tänzer. Microscope Reichert, oc. 3, obj. 5.)

NOTE SUR UNE VARIÉTÉ D'ULCÉRATION CHRONIQUE DU VISAGE, OBSERVÉE AU COURS DU TABES DORSAL

Par le D[r] **Georges Thibierge**,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Le but de la présente note est d'attirer l'attention sur un trouble trophique survenant sur les téguments du visage chez les tabétiques, trouble trophique rare au point qu'il n'en a été publié jusqu'ici, à ma connaissance, qu'une observation, due à M. Giraudeau (1).

Le fait de M. Giraudeau et celui que je rapporte plus loin montrent qu'il peut se développer sur les téguments de la face et sur la muqueuse nasale, soit au cours du tabes confirmé, soit à la période préataxique — neuf ans avant tout autre symptôme tabétique dans le cas de M. Giraudeau, vingt ans dans le mien — des troubles trophiques uniquement caractérisés par une ulcération d'un type très particulier, sans aucune réaction de voisinage.

De forme arrondie, ou ovalaire, ou irrégulière, ces ulcérations sont limitées par des bords nets, taillés obliquement, non décollés ; le tégument s'arrête brusquement à leur niveau sans offrir à leur périphérie ni rougeur, ni infiltration, ni tuméfaction : on dirait qu'elles ont été produites par un instrument tranchant agissant parallèlement à la surface de la peau.

Tantôt très superficielles, rappelant plutôt des éraflures que des ulcérations ; tantôt plus profondes, entamant manifestement les couches les plus superficielles du derme, elles ne dépassent pas 1 millimètre de profondeur. Toujours leur fond est remarquablement lisse, uni, sans bourgeonnement, de coloration rouge vif ou un peu grisâtre, avec des bouquets de capillaires dilatés. Elles sécrètent une petite quantité de sérosité transparente qui donne à leur surface une apparence vernissée et, sous l'influence des frottements, laissent exsuder un liquide sanguinolent qui se concrète en croûtes brunâtres.

Tel est l'aspect objectif des lésions, dont le caractère le plus important est en réalité la simplicité de cet aspect.

Débutant sans douleurs, elles persistent pendant des mois ou des années, sans provoquer la moindre sensibilité, ne traduisant leur présence que par l'existence d'une perte de substance ou de croûtes, et peuvent se réparer spontanément, en totalité ou partiellement, laissant à leur suite des cicatrices superficielles, régulières, à peine atrophiques.

(1) Giraudeau. Tabes bulbaire, ulcérations trophiques du nez et des oreilles. *Presse médicale*, 1894, n° 43, p. 342.

Dans les deux cas, ces ulcérations coexistaient avec des troubles importants de la sensibilité du visage ; chez le malade de Giraudeau, les ulcérations occupaient les deux côtés du nez, le front, et les deux oreilles. Il y avait sur tout le visage une dissociation de la sensibilité, se traduisant par la disparition de la sensibilité à la douleur et la conservation des sensibilités au toucher et à la température ; mon malade, outre qu'il éprouvait sur le visage une sensation de masque de colle ou de glace qui entravait les mouvements des muscles de la face, ne percevait plus sur toute la moitié gauche du visage — côté où siégeait l'ulcération de la lèvre et du nez — les sensations douloureuses et avait conservé la sensibilité au toucher et à la température.

Les deux malades éprouvaient des troubles visuels intenses : tous deux avaient du strabisme externe d'un œil, des vertiges d'origine oculaire, tous deux avaient une acuité visuelle très diminuée.

Enfin le malade dont je rapporte l'observation était porteur d'un trouble trophique bien caractéristique du tabes, la chute de la totalité des dents, survenue naturellement, sans douleur, sans altération appréciable des dents elles-mêmes.

La coexistence des ulcérations et des troubles de la sensibilité indique nettement une corrélation entre les uns et les autres.

L'association d'autres manifestations symptomatiques, dont l'ensemble constitue le type clinique communément désigné par les neurologistes sous le nom de *tabes céphalique* ou de *tabes bulbaire*, permet de classer ces ulcérations dans la symptomatique du tabes.

La description que nous en avons donnée, la lecture des observations montre d'ailleurs que, par élimination à défaut d'autres arguments, il faut encore arriver à ranger ces singuliers troubles trophiques dans le cadre des trophodermatoses tabétiques, toute hypothèse diagnostique autre — ulcération syphilitique, tuberculeuse, néoplasique, traumatique simple, etc. — ne résistant pas à un examen tant soit peu approfondi.

Il est remarquable que cette ulcération, qui se développe en réalité dans les mêmes conditions que celle connue sous le nom de mal perforant buccal des tabétiques, qui coïncidait même dans un cas avec la chute des dents, satellite habituel du mal perforant buccal, ne tend pas à creuser profondément, à détruire les téguments et les surfaces qu'elle recouvre.

Obs. I. — *Personnelle* (recueillie avec le concours de M. Bodolec, externe du service).

Ber..., âgé de 65 ans, entre le 6 mai 1901 à l'hôpital de la Pitié, pour des troubles oculaires et des douleurs du visage, dont la description sera donnée plus loin et qui relèvent manifestement du tabes.

En l'examinant, on constate sur la sous-cloison du nez et la partie de la lèvre supérieure adjacente à la narine gauche, une ulcération dont le

début remonte à vingt-cinq ans environ, *vingt ans avant la constatation de tout autre symptôme tabétique*, ainsi que nous le verrons dans la suite de l'observation.

Cette ulcération a débuté par un petit bouton situé sur la partie gauche de l'épine nasale, bouton que le malade grattait et sur lequel, à la suite du grattage, apparaissait une petite croûte.

Progressivement, et en raison de ces traumatismes répétés, il s'est développé des croûtes de plus en plus larges, qui se reformaient au fur et à mesure que le malade les enlevait.

Jamais d'ailleurs il ne s'est préoccupé de cette lésion, qu'il enduirait de temps à autre de vaseline ou de pommade à l'oxyde de zinc.

L'ulcération a atteint son maximum il y a cinq ou six ans ; à cette époque, elle atteignait la moustache, à la limite de la moitié gauche de la lèvre. Jamais elle n'a empiété sur la partie droite de la lèvre.

Actuellement, cette ulcération déborde sur la lèvre supérieure, au-dessous de la narine gauche, sur une hauteur de 1 ou 2 millimètres, elle se limite à ce niveau par un bord arrondi à convexité inférieure. Elle s'étend sur la sous-cloison du nez, dont elle occupe, au niveau de son bord libre, environ la moitié postérieure.

Elle se prolonge dans l'intérieur de la narine gauche, en s'étalant sur la sous-cloison et, débordant un peu sur le plancher du vestibule, dont elle occupe la moitié interne, se termine sur la moitié antérieure de la cloison, très peu en dehors des limites du vestibule. De sorte que la muqueuse nasale est peu attaquée et que la lésion occupe surtout le revêtement cutané du vestibule. Elle mesure environ 20 millimètres de hauteur. A droite, elle empiète sur le vestibule, mais très légèrement, de quelques millimètres à peine.

Le reste des fosses nasales est normal, à l'exception d'une légère déviation de la cloison vers le côté gauche (1).

L'ulcération, dans toute son étendue, est remarquablement lisse et plane sans le moindre bourgeonnement ; son fond est comme vernissé, sans trace de pus, il sécrète une petite quantité de sérosité, ou exhale sous l'influence des frottements un léger suintement sanguin se concrétant parfois en croûtes brunâtres. La coloration est rouge, légèrement grisâtre, avec de très petites dilatations vasculaires ; sur la portion muqueuse, la coloration grisâtre contraste avec la teinte rosée de la muqueuse adjacente.

Le fond de l'ulcération a environ un demi-millimètre de profondeur.

Les bords sont absolument réguliers, légèrement inclinés en talus comme si l'ulcération avait été produite par l'enlèvement d'un copeau à la surface du tégument. Dans la partie la plus inférieure de l'ulcération correspondant à la lèvre, on voit nettement l'épiderme se continuer, en s'amincissant, sur la partie la plus élevée du talus marginal. Les bords ne sont ni soulevés, ni décollés, et ne présentent aucune trace d'infiltration, ni d'induration.

Au voisinage immédiat de l'ulcération, le tégument a son aspect normal.

(1) Je dois l'examen des fosses nasales et la description des lésions vestibulaires à l'obligeance de M. le Dr Furet.

Dans les points de la lèvre supérieure qui ont été intéressés par l'ulcération il y a quelques années, la peau est seulement un peu plus lisse que dans les parties adjacentes, mais elle n'offre pas d'atrophie nette; les poils de la moustache y font défaut, dans une étendue d'environ 1 centimètre à gauche de la ligne médiane.

L'altération la plus importante des tissus adjacents à l'ulcération est la déformation de la sous-cloison dont la partie antérieure, respectée par l'ulcération, a été attirée en bas et en arrière, recroquevillée, rappelant les déformations qu'on voit succéder aux épithéliomas atrophiques.

Interrogé sur ses *antécédents*, le malade rapporte qu'à l'âge de 21 ans, pendant son service militaire, il contracta la syphilis ; il se rappelle avoir eu un chancre et avoir subi, à l'hôpital militaire de Rouen, pendant un mois, un traitement par le mercure et l'iodure de potassium, mais il ne se souvient pas d'avoir eu des accidents secondaires.

Depuis cette époque, il n'a eu aucune maladie, ne peut citer aucun trouble de la santé, à l'exception de la lésion du visage que nous venons de décrire, jusqu'il y a six ans.

C'est à cette époque qu'il ressentit les premiers phénomènes caractéristiques du tabes dont il est atteint : il s'aperçut alors qu'il y voyait double, en même temps que son œil gauche était dévié en dehors; la diplopie s'accompagnait dès le début de vertiges; elle disparut au bout de trois mois pour ne plus reparaître ; mais peu à peu survint du ptosis, un strabisme externe plus prononcé, une diminution de l'acuité visuelle.

En même temps que les troubles oculaires, survinrent des douleurs qui affectèrent le malade plus encore que le strabisme et la diplopie ; c'étaient des douleurs térébrantes occupant la face, qu'il compare à celles que produiraient « des griffes lui tiraillant les chairs », et accompagnées d'une sensation analogue à celle « d'une couche de colle qui lui figerait le visage ». Ces douleurs occupaient d'abord le côté gauche de la face, elles augmentèrent progressivement et finirent par gagner peu à peu le côté droit, mais sans y atteindre la même intensité que du côté gauche. Peu à peu les troubles paresthésiques changèrent de caractères et, depuis un certain temps, le malade éprouve une sensation qu'il compare à celle d'un « masque de glace recouvrant le visage ».

En outre, le malade a ressenti pendant quelques mois, à la face externe de la cuisse gauche, des douleurs qu'il compare à des brûlures, douleurs passagères mais se reproduisant fréquemment. Il a eu quelquefois aussi de l'hyperesthésie au niveau de la partie supérieure de la malléole externe gauche, dans une étendue d'environ 4 centimètres carrés.

Tels sont les troubles fonctionnels dont le malade se plaint ; jamais il n'a présenté de douleurs gastriques, de troubles digestifs ou génito-urinaires, jamais en un mot de troubles viscéraux d'aucune sorte.

L'examen du malade, au moment de son entrée à l'hôpital, fait constater les phénomènes suivants.

Le visage semble, au premier abord, parésié, il est immobile, ce qui est dû surtout aux troubles paresthésiques, car le malade peut rire, siffler, etc., d'une façon normale.

L'exploration de la sensibilité du visage montre qu'il existe une anes-

thésie complète, au toucher, à la douleur et à la température, sur la moitié gauche du visage, dans toute l'étendue d'une zone limitée par une ligne coupant sur la ligne médiane le front, le nez et le menton, contournant le bord inférieur du maxillaire inférieur et remontant en longeant la limite postérieure de la barbe, pour aller englober la partie supérieure du crâne. Sur le reste de l'étendue des téguments du visage, la sensibilité est diminuée d'une façon générale, mais sans présenter ni retard ni dissociation.

Sur toutes les autres parties du tégument, la sensibilité est normale.

Appareil oculaire. — (Je dois l'examen de l'œil à la complaisance de M. le Dr Albert Monthus.) La paupière supérieure de l'œil gauche est en léger ptosis.

Lorsque l'œil droit est ouvert, l'œil gauche est en strabisme externe; mais lorsqu'on ferme l'œil droit, l'œil gauche est mobile dans toutes les directions, ce qui indique que le strabisme est dû à une contracture du muscle droit externe du côté gauche.

La pupille gauche est dilatée.

Les deux pupilles ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation.

L'acuité visuelle est de 3/4 pour l'œil droit, de 2/3 pour l'œil gauche.

Il n'y a pas d'atrophie pupillaire.

Il n'y a pas de troubles de l'*ouïe*.

Le *goût* est altéré : la sensibilité de la muqueuse buccale est moins nette du côté gauche que du côté droit. Le malade accuse en outre une perversion générale du goût, en raison de laquelle tous les aliments, sa salive même, ont une saveur agréable et variable, rappelant celle du homard, celle de la prune, de la framboise, etc.

Les *dents* manquent toutes, à l'exception de la racine de la canine inférieure droite qui persiste; elles sont toutes tombées dans l'espace de quelques mois, à partir du moment où a débuté la diplopie : elles s'ébranlaient successivement, le malade les enlevait presque sans effort et sans douleur au moyen d'une pince et leur avulsion ne donnait lieu qu'à un écoulement insignifiant de sang; elles étaient absolument normales, ainsi que nous avons pu nous en assurer en examinant quelques-unes d'entre elles conservées par le malade.

Le rebord alvéolaire persiste dans toute son étendue, n'est pas plus atrophié que chez un sujet édenté pour une cause quelconque.

Les *troubles de la motilité* sont relativement peu accusés ; il n'y a aucune incoordination des membres inférieurs, mais le malade ne peut ni se tenir immobile ni marcher lorsqu'il tient les yeux fermés.

Les *réflexes* du tendon rotulien et du tendon d'Achille sont abolis des deux côtés; les réflexes plantaire, crémastérien et abdominal sont conservés.

Obs. II (publiée par M. Giraudeau. *Loco citato*). — Homme de 38 ans, présentant :

1° A la base du nez, une ulcération surtout appréciable au niveau de la narine droite, et dont la plus grande étendue correspond à l'union du bord interne de la narine avec la lèvre supérieure, ulcération à fond rouge vif,

à bords taillés à pic, sans aucun relief, se continuant sans aucune transition avec la peau saine, peu profonde, intéressant cependant une partie de l'épaisseur du derme et recouverte d'une sérosité roussâtre qui se concrète facilement sur les parties avoisinantes, et, par places, de gouttelettes purulentes peu abondantes.

2° Au niveau des deux tiers postérieurs du lobule du nez, une ulcération présentant des caractères identiques à ceux de la première.

3° Sur le reste de l'étendue du bord libre des narines, une érosion, véritable éraflure, semblant n'intéresser que l'épiderme, se terminant brusquement avec le bord libre des narines et la face inférieure du lobule du nez, érosion de coloration rouge vif, légèrement suintante et de niveau avec la peau saine, ressemblant à celle que produirait l'usure du tégument par le frottement du papier de verre.

4° Au niveau du pavillon de l'oreille, à la partie supérieure de la conque, de chaque côté et symétriquement, une ulcération qui, à gauche, mesure les dimensions d'une lentille et a un fond rouge vif, légèrement déprimé, et à droite est plus petite et représente plutôt une érosion.

5° Au niveau du cuir chevelu, de chaque côté de la ligne médiane, et un peu en avant de la ligne passant par les conduits auditifs externes, deux cicatrices légèrement déprimées, ayant la largeur d'une pièce de 50 centimes et semblant intéresser toute l'épaisseur du derme; ces cicatrices présentent à leur moitié antérieure des érosions superficielles ayant le même aspect que celles des oreilles et du nez, sans aréole inflammatoire.

Les lésions du cuir chevelu remontent à une quinzaine d'années; celles des narines à huit mois seulement.

Le malade éprouve, depuis six ans, des troubles oculaires : strabisme externe de l'œil droit, dilatation de la pupille gauche, inertie des deux pupilles, surtout accusée pour la réaction à la lumière, vision presque nulle à gauche.

Depuis quatre ans, vertiges, crises gastriques, dysurie.

Pas de douleurs fulgurantes, ni de troubles de la coordination des mouvements.

Sur tout le visage il y a une diminution de la sensibilité douloureuse avec intégrité de la sensibilité au contact et à la température; cette dissociation de la sensibilité existe également sur la face antérieure des pavillons auriculaires, sur la partie antérieure du cuir chevelu et sur les muqueuses conjonctivale et buccale.

Sur toutes les autres régions du corps, la sensibilité est intacte.

Les dents sont conservées.

Les réflexes rotulien et crémastérien sont abolis.

Le malade a contracté la syphilis vers l'âge de 18 ans. Le traitement spécifique a été sans action sur les lésions ulcéreuses du visage.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 6 JUIN 1901

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Huiles iodées, par M. Barthélemy. (Discussion : M. Lafay.) — Kératose folliculaire (type de Brooke), par M. Barbe. — Note complémentaire sur un cas de lichen de Wilson avec localisations péripilaires (lichen ruber acuminatus); rapports de cette dermatose avec le pityriasis rubra pilaire, par M. Hallopeau. — Sur un cas de bromisme hypertrophique et suppuratif, par MM. Hallopeau et Watelet. (Discussion : MM. Fournier, Hallopeau, Barthélemy.) — Sur une forme nécrotique, bulleuse et végétante d'éruption iodique, par MM. Hallopeau et Fouquet. (Discussion : MM. Leredde, Hallopeau, Galippe.) — Sur un cas de lupus pernio, avec considérations sur la nature de cette maladie, par MM. Hallopeau et Villaret. (Discussion : M. Leredde.) — Sur un cas de syphilis mutilante du visage avec localisation oculaire, par MM. Hallopeau et Fouquet. — Sur un nouveau cas de nævi fibromateux (maladie de Recklinghausen), par MM. Hallopeau et Fouquet. — Prurit chronique avec éruption papuleuse en traînées, par M. Du Castel. (Discussion : MM. Besnier, Leredde.) — Affection indéterminée des ongles, par M. Créquy. — Mycosis fongoïde à forme cyanotique, par MM. Gaucher et Lacapère. (Discussion : MM. Leredde, Wickham, Hallopeau, Gaucher, Danlos, Fournier, Besnier.) — Hérédo-syphilide lupiforme du nez datant de trente et un ans, guérie par les injections mercurielles, par MM. E. Gaucher et Lacapère. (Discussion : MM. Du Castel, Fournier, Barthélemy.) — Glossite syphilitique de modalité secondaire, entrant en scène dans la vingt-huitième année d'une syphilis, par M. Fournier. (Discussion : M. Besnier.) — Trois cas d'ichtyose dans une famille d'hérédité mixte tuberculo-syphilitique, par M. Gastou. — Syphilis maligne ; gomme géante sphacélique du mollet gauche ; signe de Robertson, par MM. A. Fournier et O. Crouzon. — Idrocystome, par M. Hudelo. — Présentation d'un malade atteint d'une affection nasale dont le diagnostic est obscur, par MM. A. Renault et Durante. — Huiles biiodurées, par M. Lafay. — Sur la nature et le traitement de la contracture syphilitique du biceps, par M. Audry. — Lupus pernio typique, par M. Danlos. (Discussion : MM. Gastou, Darier, Leredde.) — Exanthème antipyrinique, par M. Danlos. (Discussion : MM. Leredde, Danlos, Besnier, Baudouin, Fournier.) — Un cas de « pian-bois » (lymphangite nodulaire, suppurative et ulcérante de la Guyane), par MM. Darier et de Christmas.

Ouvrages offerts à la Société.

Pillement. — Action physiologique et clinique des huiles iodées. Th. inaug., Nancy, 1901.

Piccardi. — Tentativi di sieroterapia nella sifilide. Extr. *Giorn. ital. d. malattie veneree et d. pelle.*, fasc. I, 1901.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Huiles iodées.

Par M. Barthélemy.

J'ai reçu de notre collègue le professeur Spillmann, de Nancy, une lettre me priant d'offrir à la Société une thèse sur l'action physiologique et clinique des *huiles iodées*, soutenue à Nancy le 18 mai 1901, par un de ses élèves, M. le D[r] P. Pillement. Ce travail, fort intéressant, relate notamment les recherches chimiques faites sur les huiles iodées par M. C. Pagel, docteur en pharmacie de l'Université lorraine.

Je me réjouis en vérité d'avoir l'occasion de vous présenter ces documents qui montrent l'importance de la question que nous avons soulevée dans la dernière séance de notre Société, M. Lafay et moi. On y trouvera la solution à plusieurs des interrogations que je posais, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les conclusions suivantes :

1° L'iode peut se combiner aux acides gras des huiles pour former des composés stables dans lesquels il est complètement dissimulé. On ne peut le déceler qu'en détruisant la matière organique.

C'est donc l'analogue de ce que nous observons pour l'arsenic dans l'acide cacodylique, dont l'action est d'ailleurs différente selon qu'il est pris par l'estomac ou sous la peau.

2° Les solutions alcalines peuvent mettre l'iode en liberté. Les sucs digestifs alcalins ne décomposent l'huile iodée qu'au bout d'un temps assez long (dix à douze heures). Le sang, au contraire, effectue cette décomposition assez rapidement.

3° L'huile iodée se comporte dans l'organisme comme un corps gras quelconque; elle se localise dans le tissu adipeux. Son élimination est très lente. On retrouve de l'iode dans l'urine vingt-cinq, trente et même quarante jours après la cessation du traitement. Elle est dépourvue de toxicité. Les iodures, au contraire, s'éliminent très rapidement et provoquent parfois des phénomènes d'intolérance.

4° L'iodipine présente sur les iodures de grands avantages dans certains cas : *a)* Elle ne provoque pas d'iodisme; *b)* sa durée d'action est plus longue; *c)* son action dans certains cas est plus efficace; *d)* elle est bien tolérée en injections sous-cutanées; *e)* tout l'iode introduit dans l'organisme est utilisé.

Je ferai remarquer qu'on retrouve là une partie des avantages que l'on obtient dans la thérapeutique de la syphilis par l'administration du mercure sous forme des injections hypodermiques.

5° Dans l'asthme, dans l'emphysème, dans la bronchite chronique, dans la syphilis tertiaire, l'iodipine constitue un excellent mode de traitement. L'action favorable de l'iodipine dans les affections des voies respiratoires s'explique par l'élimination très lente et très

retardée de l'iode. Dans les autres affections nécessitant un traitement ioduré, elle agit comme les iodures et ne présente pas de grands avantages sur eux, du moins en ce qui concerne l'effet thérapeutique.

Tous ces résultats, qui intéressent fort la pratique médicale, confirment ceux que j'exposais dans la dernière séance ; ils prouvent que, de divers côtés, l'attention a été éveillée sur ce nouveau mode d'employer l'iode.

Ai-je besoin d'ajouter que ces travaux, comme ceux de M. Lafay d'ailleurs, ont été faits, à Paris et à Nancy, tout à fait indépendamment les uns des autres, et qu'il y a lieu seulement de remercier tous ceux dont le labeur nous apporte, c'est le cas de dire, des solutions faites et nous fournit un moyen plus facile ou plus actif de traiter nos malades.

M. Lafay. — M. le Dr Barthélemy a bien voulu me confier la thèse de M. le Dr Pillement sur les huiles iodées.

Ce travail m'a permis de comparer les résultats obtenus à Nancy avec ceux que j'ai moi-même fait connaître à la dernière réunion de la Société.

Il donne lieu à deux ordres de considérations assez différentes suivant qu'on examine le côté médical ou le côté chimique.

1° Point de vue médical :

La thèse de M. le Dr Pillement est fort intéressante en ce qu'elle condense et met au point tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour, en Italie et en Allemagne, sur la question des huiles iodées.

L'auteur vérifie avec beaucoup de soin et confirme par de nombreuses expériences la plupart des résultats obtenus en Italie par Coronedi et Marghetti, et en Allemagne par Winternitz. Ce travail démontre expérimentalement que l'emploi thérapeutique des huiles iodées présente sur celui des iodures alcalins des avantages nombreux et incontestables : absence complète d'iodisme, longue durée d'action, mode facile d'administration, retentissement favorable sur la nutrition générale, supériorité d'effets dans certains cas, utilisation de tout l'iode introduit dans l'organisme, etc...

2° Point de vue chimique :

Si la thèse de M. le Dr Pillement fait avancer la question des huiles iodées au point de vue thérapeutique, il n'en est pas de même au point de vue chimique, le seul que nous ayons envisagé dans notre communication du mois dernier.

Nous laisserons volontairement de côté quelques détails théoriques chimiquement discutables, pour ne considérer que la partie réellement importante : la *préparation* et, conséquemment, la *composition* des huiles iodées.

Les expériences de M. le Dr Pillement ont porté presque exclusivement sur l'iodipin allemand (à 10 p. 100 pour la voie stomacale, et à 25 p. 100 pour la voie hypodermique). Il a également essayé sur l'animal une huile iodée à 10 p. 100, à base d'huile d'olive, préparée par M. Pagel, docteur en pharmacie.

Pour obtenir cette huile, M. Pagel fait agir un courant de chlore sur un mélange d'huile d'olive et d'iode en solution alcoolique.

Par suite des combinaisons multiples qui prennent naissance dans l'action du chlore sur l'iode, l'huile et l'alcool, le procédé de M. Pagel est loin de constituer un perfectionnement du procédé de Winternitz, qui fait intervenir directement le chlorure d'iode.

Comme les Allemands toutefois, M. le Dr Pillement semble croire que, dans cette action du chlorure d'iode sur les huiles, l'iode seul est fixé. On sait qu'il n'en est rien, et que le chlorure d'iode en solution se fixe intégralement sur les composés à liaisons éthyléniques ou acétyléniques : avec un atome d'iode l'huile prend un atome de chlore. Nous avons insisté déjà sur ce point lors de la dernière séance.

Nous sommes donc autorisé à dire que l'huile du laboratoire de M. Spillmann, bien que nous ne l'ayons pas analysée, ne saurait être un corps seulement iodé, pas plus que le produit allemand, mais un composé *chloro-iodée*. Et, s'il en est ainsi, dans le dosage qu'il a dû faire de son huile iodée pour s'assurer qu'elle renfermait bien finalement les 10 grammes d'iode mis en réaction (10 grammes d'iode et 100 grammes d'huile d'olive : p. 14), M. Pagel n'a pas pu ne pas être induit en erreur par cette présence du chlore, qu'il a évalué en iode, puisque aujourd'hui encore, comme les Allemands du reste, il est muet sur la présence du chlore.

Ce dernier reproche s'adresse également au chimiste qui a effectué les dosages d'iode dans l'iodipin à 10 et 25 p. 100 (thèse Pillement) : il est étrange, en effet, qu'il ne signale pas dans ce composé la présence simultanée de l'iode et du chlore.

Pour la réalité de la démonstration chimique, nous citerons deux dosages qui ne laissent subsister aucun doute à cet égard.

Dans une première analyse, nous avons trouvé 25.10 p. 100 d'iode et 6.80 de chlore ; dans une deuxième, 24.80 p. 100 d'iode et 7.10 de chlore, alors que la théorie donne 25.00 p. 100 d'iode et 6.98 de chlore.

Ainsi, il y a concordance absolue entre le rapport chlore et iode, qu'il s'agisse du dosage de ces éléments dans l'iodipin ou de leurs proportions théoriques dans la constitution vraie du chlorure d'iode. Le chlorure d'iode est donc bien fixé intégralement et, par suite, les dosages cités par les élèves de M. le professeur Spillman devraient mentionner cette présence du chlore.

Conformément à la théorie, le produit résultant de l'action du chlorure d'iode sur les huiles est donc bien un composé *chloro-iodé*. C'est la raison qui nous fait rejeter ce mode de préparation, bien qu'il soit beaucoup plus facile que notre méthode à l'acide iodhydrique, mais qui a l'avantage de fournir une huile totalement exemple de chlore.

Telles sont les considérations auxquelles donne lieu la préparation des huiles iodées ; reste la question du titrage, autrement dit du pourcentage.

Pour avoir une huile contenant 10, 25 ou même 40 p. 100 de son poids d'iode, il ne suffit pas, comme on le lit à la page 14 de cette thèse, de faire réagir 10, 25 ou 40 grammes d'iode sur 100 grammes d'huile. En opérant de la sorte et même en négligeant les pertes, parfois appréciales, qui résultent de l'action chimique, des lavages, de la purification, etc., le produit final n'est pas au titre voulu. Pour qu'il en soit ainsi, ce n'est pas

sur 100 grammes d'huile que doit porter l'attaque de l'iode, mais sur une partie telle que la somme huile et iode soit égale à 100 (c'est-à-dire 40 gr. d'iode et 60 gr. d'huile, par exemple).

Et cependant, cette vérité banale, tant elle paraît simple, n'est même pas suffisante en pratique : l'exactitude chimique ne s'en contente pas. Pour qu'il soit permis d'affirmer le titre d'une huile iodée, il faut, ainsi que nous le faisons pour notre huile à 40 p. 100, calculer la proportion d'iode et d'huile de façon à obtenir un produit trop riche en iode, 42 ou 43 p. 100, doser l'iode après lavages et purification et ajouter alors quantité suffisante d'huile pour la ramener à 40 p. 100.

De cette façon, mais de cette façon seulement, on est certain de la teneur en iode, et c'est à cette condition expresse qu'on est autorisé à dire que 100 grammes d'huile iodée sont bien composés de 40 grammes d'iode pour 60 grammes d'huile.

Je demande pardon à la Société de m'être étendu aussi longuement sur la préparation et la composition des huiles iodées, mais dans une question de ce genre, les moindres détails ont leur importance.

Kératose folliculaire (type de Brooke).

Par M. BARBE.

Dans la dernière séance de la Société, à propos du cas de kératose folliculaire villeuse présenté par MM. Du Castel et Baudoin, j'ai fait remarquer que j'avais observé deux cas semblables chez deux frères.

Si je n'ai pas communiqué plus tôt leurs observations, c'est que je voulais présenter ces enfants ; or, j'ai perdu leurs traces, par suite de changement de domicile des parents.

Le premier enfant que j'ai observé est Ernest B..., âgé de 7 ans et demi, qui est venu à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine du 26 octobre 1900 et présente, au dire de la mère, depuis trois mois, sur la nuque, sur les parties latérales du cou et même à la face antérieure de cette région des petites saillies comme de petites épines, de 1 à 2 millimètres de longueur, de couleur gris jaunâtre, disséminées sur ces régions, donnant à la main la sensation d'une râpe; quelques-unes de ces saillies ne sont bien visibles qu'à jour frisant. Ces saillies émergent directement de l'orifice des follicules, mais ne sont pas implantées sur de petites saillies papuleuses, mousses, comme dans le cas de MM. Du Castel et Baudoin. Cette différence tient probablement à ce que, chez mon malade, la lésion étant à son début, était encore superficielle et localisée au cou, tandis que chez le malade des médecins précédents, la dermatose étant à un degré plus avancé, est beaucoup plus généralisée, puisqu'elle occupait les hanches, les membres supérieurs, le dessous du menton et le cou.

Si, à l'aide de la pince à épiler, on cherche à enlever les petites saillies,

on y arrive aisément. Celles-ci donnent un peu l'impression des cheveux trichophytiques, cassés, courts; aussi, pour éliminer la possibilité d'une variété de trichophytie rare, ai-je examiné quelques-unes de ces petites saillies au microscope ; mais je n'ai trouvé aucune trace de spores trichophytiques.

Du reste, sur le cuir chevelu il n'existe par l'ombre de teigne tondante.

L'examen de ces petites saillies m'a montré, en plus, la présence d'une grande quantité de granulations et de gouttelettes graisseuses solubles dans l'éther et l'alcool.

M. Lacapère, interne du Dr Gaucher, a eu l'extrême obligeance de faire un autre examen microscopique d'une de ces petites saillies, et voici la note qu'il m'a remise :

« La petite masse cornée est constituée par un amas de cellules globuleuses « présentant le type des cellules sébacées. Le noyau, colorable sur la plu- « part des cellules, est parfois rejeté de côté. La plus grande partie du « protoplasma cellulaire est alors occupée par une vacuole. Les prépa- « rations, traitées par la potasse et le sérum iodé, n'ont pas montré de « démodex ».

« Certaines cellules sont agglomérées et semblent réunies par un fin « substratum conjonctif.

« L'examen n'a pu faire découvrir la présence de ces éléments décrits sous le nom de psorospermies. »

Ernest B... est, d'autre part, atteint d'hérédo-syphilis, car depuis sa naissance il est sujet à un coryza chronique, marqué surtout à gauche, et présente un aplatissement du nez à sa base. Depuis le mois d'avril 1899, il est traité à la consultation du Dr Lermoyez pour une otite suppurée double avec écoulement plus marqué et plus fétide à droite. Enfin ce petit malade a manifestement le front olympien. Aussi avons-nous mis cet enfant au traitement mixte.

Son frère Paul, âgé de 8 ans et demi, présente aussi à la nuque de petites saillies analogues à son frère, avec le même aspect, la même couleur, la même disposition. Paul, est très probablement un hérédo-syphilitique ; comme son frère, depuis le 29 mai 1899 il est soigné à la consultation dermatologique pour une éruption impétiginiforme du cuir chevelu qui a résisté au traitement local antiseptique. Le 29 octobre 1900, cette éruption n'était pas guérie.

C'est en voyant les signes d'une syphilis héréditaire manifeste chez son frère, que nous avons soumis Paul au traitement spécifique ; à partir de ce moment, la lésion a rétrocédé. Ce même enfant n'a pas d'autre trace de syphilis héréditaire, mais il a la voûte palatine manifestement ogivale.

Quant aux parents, voici ce que nous savons :

La mère de ces garçons ne présente pas de stigmates de syphilis, mais elle vient d'accoucher à 9 mois d'un enfant mort-né. Nous n'avons pas encore pu examiner le père.

Mais voici ce qu'il y a de plus curieux chez ces deux enfants. Sous l'influence du traitement mixte administré aux deux frères pour leurs accidents syphilitiques, les saillies cornées du cou disparurent. Je les revis le 17 décembre 1900, et il n'y avait plus rien. Mais, autre bizarrerie,

le traitement spécifique fut interrompu le 15 janvier 1901, et huit jours après l'éruption avait récidivé dans les mêmes régions.

Loin de moi la pensée de faire de cette kératose folliculaire un accident spécifique. D'après Brooke (de Manchester) qui a bien étudié cette variété de kératose, la guérison de cette maladie est facile ; elle s'obtient aisément ; mais en revanche cette dermatose récidive avec la plus grande facilité.

Dans ces deux faits nous n'avons pas eu affaire non plus à de la kératose pilaire : les éléments de la kératose pilaire ne siègent jamais au cou et ne présentent pas l'aspect d'épines. Ernest a bien aussi de la kératose pilaire ; mais nous la trouvons chez lui dans ses principaux lieux d'élection, à la face postérieure des bras et sur les mollets.

Il ne s'agit pas non plus ici de la maladie de Darier ; l'examen microscopique a montré l'absence de figures pseudo-psorospermiques.

Il ne s'agit pas davantage d'acné kératique.

Nous croyons donc bien que nos deux cas sont des exemples de la kératose folliculaire décrite par Brooke. Cet auteur pense que cette maladie est contagieuse ; il a observé la contagion dans deux familles : dans la première famille, cinq membres étaient atteints ; dans la deuxième famille, trois présentaient la même observation ; dans chaque famille, les sujets atteints habitaient la même chambre, se servaient de la même serviette.

Dans nos deux faits personnels, c'est Ernest qui semble avoir contaminé Paul, peut-être par un cache-nez ou un foulard que le premier aurait prêté au second.

Pas plus que M. Brooke, nous n'avons eu la bonne fortune de trouver l'agent causal de cette singulière dermatose. Il est vrai que nos recherches n'ont pas été assez longues et n'ont pas porté profondément du côté du follicule.

L'effet du traitement spécifique vient corroborer l'opinion de la nature parasitaire de cette dermatose, car je ne crois pas qu'il y ait eu simple coïncidence entre l'absorption de préparations mercurielles et la disparition de la dermatose. Le traitement spécifique antisyphilitique à base de préparations mercurielles n'est-il pas un traitement antiseptique de premier ordre ? Il est probable que si nous nous étions servis d'une solution mercurielle appliquée à l'extérieur, telle que la liqueur de van Swieten, nous aurions vu disparaître la dermatose. Hardy n'a-t-il pas recommandé de traiter par la pommade au biiodure de mercure l'acné cornée, du moins celle qu'il a décrite après Cazenave et qui ressemble par bien des points à la kératose folliculaire dont il est ici question ? Voilà des arguments qui militent, je le crois du moins, en faveur de la nature parasitaire de la kératose dont je présente ici deux observations. La maladie s'est reproduite il est vrai après la

cessation du traitement; mais, d'après Brooke, elle récidive aussi très facilement.

Note complémentaire sur un cas de lichen de Wilson avec localisations péripilaires (lichen ruber acuminatus); rapports de cette dermatose avec le pityriasis rubra pilaire.

Par M. H. Hallopeau.

Nous nous sommes, à diverses reprises, efforcé d'établir que les lésions péripilaires acuminées et desquamatives du lichen de Wilson n'ont qu'une analogie apparente avec les altérations du pityriasis rubra pilaire de Devergie-Richaud-Besnier, et qu'elles appartiennent à un type morbide différent.

M. Hallkin a bien voulu se charger d'étudier, à ce point de vue, l'histologie du malade atteint de cette dermatose que nous avons eu l'honneur de vous présenter avec M. Fouquet dans la séance du 15 avril; voici la note dans laquelle il a résumé les résultats de son examen d'une des papules péripilaires enlevée pour biopsie :

La couche cornée est hypertrophiée, divisée en lamelles, laissant entre elles des vacuoles ; il persiste çà et là des noyaux de cellules.

La couche granuleuse est augmentée par places.

Les cellules profondes du corps muqueux ont perdu leur disposition régulière ; les cellules sont gonflées et présentent une tendance à s'allonger parallèlement à la surface.

Les prolongements interpapillaires ont un aspect de festons.

Les papilles du derme sont en forme de coupole. Elles montrent une infiltration nettement limitée vers la profondeur.

Cette infiltration leucocytaire est formée surtout de lymphocytes et de quelques mastzellen et éosinophiles.

En quelques points, l'infiltration tend à envahir le corps muqueux.

Les lésions papillaires ne présentent, pour M. Darier, aucun des caractères du pityriasis rubra pilaire.

Les lésions que l'on rencontre en ces parties sont analogues à celles de l'épiderme et l'on voit l'infiltration contourner le follicule pileux. M. Darier les a déjà rencontrées dans le lichen de Wilson auquel il les rattache.

Les caractères microscopiques sont ainsi ceux du lichen plan.

L'anatomie pathologique est donc d'accord ici avec la clinique pour nous amener à dire que ces altérations péripilaires du lichen de Wilson ne sont qu'une des localisations de cette dermatose et qu'elles n'ont rien à voir avec le pityriasis rubra pilaire.

C'est là un fait qu'il nous paraît important de mettre en relief, car il juge la question si longuement et ardemment discutée à l'étranger des rapports à établir entre le lichen plan et le lichen ruber acumi-

natus : en effet, notre éminent collègue Kaposi a admis très explicitement, après avoir étudié en 1889 les moulages de notre musée, que notre *pityriasis rubra pilaire* français n'est autre que le lichen *ruber acuminatus* viennois; or il résulte de notre travail que ces deux maladies *doivent être au contraire nettement et complètement différenciées et que les frappantes analogies d'aspect qu'elles peuvent revêtir n'impliquent nullement une identité de nature* ; en d'autres termes, il faut distinguer, d'une part, le *lichen de Wilson avec une forme acuminée* coïncidant le plus souvent avec les formes planes ou tubéreuses de la même maladie; d'autre part, le *pityriasis rubra pilaire*, maladie indépendante du lichen et présentant ses localisations et ses caractères histologiques propres.

Sur un cas de bromisme hypertrophique et suppuratif.

Par MM. H. HALLOPEAU et WATELET.

Ces éruptions, dont le musée de Saint-Louis possède de remarquables exemples, ont des caractères tellement pathognomoniques que leur aspect permet de les rattacher à leur cause en l'absence de tout autre renseignement : il en a été ainsi chez l'enfant que nous avons l'honneur de vous présenter.

Agée de 8 mois, elle a été conçue après trois autres enfants, dont un est venu à terme et est mort avant sa naissance ; on serait donc en droit de penser à une syphilis héréditaire.

A la suite d'une broncho-pneumonie survenue à la fin d'avril, elle a une éruption de boutons qui se localisent d'abord sous le côté gauche du menton, puis s'étendent au front et ultérieurement envahissent les joues, les fesses et les avant-bras, par poussées successives ; les boutons, d'abord lenticulaires, augmentent rapidement de volume ; quelques-uns s'ombiliquent dans leur partie centrale et simulent des boutons de vaccine ou des pustules varioliques; plus tard, ils deviennent par places noirâtres et le siège d'un exsudat qui se concrète en croûtes ; en même temps, à la périphérie de chacun d'eux, apparaît une zone rougeâtre qui s'étend graduellement, se tuméfie et devient le siège de nombreuses suppurations acnéiformes isolées les unes des autres sous forme de points blancs : plusieurs des boutons initiaux des joues et du menton arrivent ainsi à se réunir en masses qui atteignent les dimensions de grosses noisettes.

Plus tard, il survient de nouveaux boutons suppurés qui restent isolés et ne présentent pas la même tendance à l'extension ; ces altérations présentent, dans leur ensemble, un aspect inoubliable quand on les a vues une fois.

Cependant, l'enfant n'avait reçu de son médecin aucune prescription de médicament ioduré ni bromuré ; mais, en interrogeant sa mère à ce point de vue, nous avons appris que le père de l'enfant lui avait donné de son

plein gré, à plusieurs reprises, du sirop de Tesseidre ; or, renseignements pris, ce sirop est, d'après le prospectus qui l'accompagne, à base de bromure de calcium pur.

Il nous paraît donc de toute évidence, en raison de la ressemblance frappante que présente cette éruption avec celles qui sont représentées dans le musée de Saint-Louis comme des dermatoses d'origine bromique, que nous avons affaire à une éruption de cette nature.

Il est intéressant de constater que le bromure de calcium se compose à cet égard exactement comme le bromure de potassium : c'est le métalloïde qui agit.

Il y aura lieu de rechercher si cette enfant ne présente pas de signes d'une affection rénale, et si le défaut d'élimination par les voies urinaires ne serait pas dû à l'insuffisance de l'excrétion urinaire : nons devons dire *a priori* que cette explication nous paraît peu vraisemblable, en raison de l'état de santé relativement satisfaisant de l'enfant.

M. Fournier. — C'est là un type des éruptions produites par le bromure. Ce type consiste en une éruption papuleuse surélevée, sèche, simulant la papule syphilitique, comme vous pouvez le constater sur ce moulage fait d'après un malade de mon service. — On confond souvent ces éruptions avec des syphilides.

M. Hallopeau. — Je ferai remarquer qu'ici les lésions ne sont pas sèches, et qu'il y a en certains points des suppurations manifestes ; elles ont été, comme on peut le voir par notre observation, plus prononcées antérieurement.

M. Barthélemy. — J'ai observé un enfant de 7 ou 8 mois qui m'était envoyé du Raincy pour une vaste lésion cutanée constituée par des groupes de pustules plates développées sur la face, sur le cou et sur l'épaule. On soupçonnait l'enfant, à cause de cette éruption, d'être syphilitique.

Or il s'agissait d'une éruption bromurique. Il ne faut pas seulement incriminer la quantité, mais aussi la qualité du produit dans ces sortes de manifestations morbides.

Le bromure donne lieu à des éruptions qui ont un caractère d'*hypertrophie* très marquée, de telle façon que lorsqu'on voit une dermatose anormale hypertrophiante, il faut penser à une éruption médicamenteuse et notamment au bromure. Dans le cas que j'ai observé, l'éruption était humide ; l'élément était la pustule aplatie, une *grosse* pustule : plusieurs, isolées, voisines et disposées en groupes, circinées ; d'autres fusionnées et infiltrées en placard. Le point que je veux signaler, c'est que ces éruptions peuvent être humides et ne sont pas toujours sèches ; elles sont le plus ordinairement tuméfiées, turgescentes ; parfois seulement ortiées, mais souvent suintantes, humides, très humides même de par elles-mêmes et sans qu'on puisse incriminer la malpropreté ou l'action irritante de l'urine, dont la face de mon petit malade était absolument exempte.

M. Fournier. — Les éruptions médicamenteuses paraissent se produire plus spécialement à certaines époques de la vie. C'est ainsi que j'ai observé ces accidents bromiques chez un homme qui absorbait depuis longtemps de grandes quantités de bromure. Après avoir suspendu le médicament pendant quelque temps, le malade se remit au traitement bromuré, et les accidents cutanés ne reparurent pas.

Sur une forme nécrotique, bulleuse et végétante d'éruption iodique.

Par MM. H. Hallopeau et Fouquet.

L'un de nous a décrit, en 1888, dans les *Annales de dermatologie*, sous le titre de : *Pemphigus végétant d'origine iodique*, une dermatose caractérisée, comme ce nom l'indique, par des bulles accompagnées de saillies végétantes ; des cas analogues ont été publiés par Hutchinson et Trapeznikoff : ils diffèrent essentiellement par leur aspect des éruptions pustuleuses hypertrophiques qui peuvent survenir dans les mêmes conditions.

Chez notre premier malade, la relation entre les éruptions bulleuses et végétantes d'une part, et l'ingestion de l'iodure potassique de l'autre, a été établie de la manière la plus évidente, puisque sept fois les altérations cutanées se sont produites dans les jours qui ont suivi l'ingestion du médicament ; nous allons voir qu'il en est de même chez celui que nous avons l'honneur de vous présenter ; nous dirons bientôt pourquoi nous croyons devoir changer le nom sous lequel cette dermatose a été primitivement désignée.

Voici l'histoire de notre malade :

Victor G..., âgé de 63 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bazin, n° 39. Il a eu autrefois un érysipèle du bras. Il a été soigné à Saint-Louis, dans le service de M. Ollivier, en juillet 1882, pour une éruption bulleuse siégeant à la langue, à la figure et aux fesses.

A cette époque, on fit le moulage de la lésion linguale. Les ulcérations qui succédaient à la rupture des bulles duraient plusieurs mois. Après soixante-neuf jours d'hôpital, il sortit. Pendant ce séjour à Saint-Louis, il a pris jusqu'à 6 grammes d'iodure de potassium par jour. On a donc cru vraisemblablement à des syphilides. Les accidents cessèrent ensuite pendant trois ans. Puis, G. eut une bronchite. On lui fit prendre à nouveau de l'iodure à plusieurs reprises. Chaque fois, il eut une poussée semblable à celle qui l'avait amené à Saint-Louis. Le malade assure qu'il n'a jamais eu la syphilis. On n'en trouve du reste aucun stigmate. En mars dernier, il a eu, après injection d'iodure, une nouvelle poussée. Peu de temps avant son entrée, il a pris, pour sa bronchite, de la teinture d'iode dans du lait et de l'iodure de sodium.

Il entre salle Bazin le 22 mai 1901. Comme les ulcérations qu'il présente

et que nous allons décrire rappellent celles de la syphilis, on lui fait prendre de l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes ; le lendemain, il se fait une éruption bulleuse sur le dos du médius gauche et sur le bout de la langue. Actuellement, son état est le suivant :

Sur le front, on remarque des macules recouvertes de croûtes légères, irrégulièrement disséminées. Ce sont des boutons iodiques en voie de régression.

Sur le tronc, il existe également quelques saillies croûteuses ; de même sur les épaules. A la partie postérieure du cou, entre les omoplates, se trouvent des cicatrices fines, décolorées, variant du volume d'une lentille à celui d'une pièce de 50 centimes, tranchant sur la coloration bistrée des téguments voisins : mêmes cicatrices non gaufrées, nullement déprimées à l'épaule gauche.

On voit, disséminées entre les cicatrices ainsi qu'à la face antérieure du cou, des papules croûteuses.

Plus bas, dans la région épigastrique droite, existe une plaque cicatricielle végétante, mesurant 6 centimètres transversalement, et de 2 à 3 centimètres verticalement. La pression en fait sortir par places un liquide purulent.

La coloration de cette plaque est d'un rouge violacé ; une partie des saillies sont décolorées. Les végétations sont sessiles, d'apparence condylomateuse ; elles entourent une aire cicatricielle non saillante.

A la fesse gauche, cinq bulles, récemment ouvertes, forment une ligne parabolique. Le diamètre de chacune varie de celui d'une lentille à celui d'une pièce de 50 centimes.

Plus haut, se trouvent des éléments semblables, c'est-à-dire des croûtes entourées d'un cercle érythémateux. Il y a, de plus, des pustulettes à base indurée rouge. En outre, on voit un grand nombre de cicatrices, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, peu déprimées, décolorées, plissées et des macules déprimées, pigmentées en rouge sombre, sauf à leur périphérie.

Au membre supérieur droit, au niveau du coude, les altérations sont constituées, au centre, par des cicatrices déprimées et, dans la moitié, interne, par des saillies végétantes, condylomateuses, isolées ou groupées, formant un placard de 7 centimètres verticalement sur 25 millimètres transversalement. Par places, des ulcérations séparent les végétations. Cette éruption s'est développée il y a quatre mois ; elle se continue en dehors avec une large cicatrice qui occupe au-dessus du coude la face postérieure de l'avant-bras. Cette cicatrice mesure 10 centimètres verticalement sur 7 transversalement.

Elle est formée par des brides saillantes, anastomosées en un réseau dont les interstices, variant du volume d'une lentille à celui d'une pièce de 20 centimes, à forme arrondie ou ovalaire, sont constitués par de la peau saine.

A la partie interne du poignet, existe une altération semblable d'origine récente. Cette plaque éruptive mesure 4 centimètres transversalement, 3 centimètres verticalement. Elle est entourée par un soulèvement bulleux dans sa moitié supérieure. A son bord interne, on voit des végéta-

tions villeuses. Elle est excoriée à son angle externe sur une surface égale au volume d'une pièce de 20 centimes. Le reste de la plaque est saillant, induré, rose.

Au-dessous se présente une surface ulcérée, répondant à une bulle rompue.

Au membre supérieur gauche, au niveau du coude, même éruption symétrique à celle du côté opposé. Ses contours sont polycycliques. On y voit de petites saillies pustuleuses, miliaires ; de larges surfaces excoriées de l'étendue d'une pièce de 50 centimes ; des parties déprimées, superficielles et, sur le pourtour interne de la portion anti-brachiale, des végétations sessiles anastomosées. L'ensemble de ces lésions forme une large plaque mesurant 15 centimètres verticalement sur 11 centimètres transversalement, à contours polycycliques. Elle date de quatre mois.

A la main, le médius est tuméfié ; il mesure, au niveau de la première phalange, 9 centimètres de circonférence : il est induré. Il s'est développé sur sa face dorsale une bulle du volume d'une cerise, à contenu séro-hémorrhagique. Cette bulle s'est ouverte, il reste un décollement épidermique et une surface mise à nu, mesurant 2 centimètres verticalement et 15 millimètres transversalement. Sa surface est, en partie noirâtre, sphacélée.

Les organes génitaux sant sains ; il n'y a pas de cicatrices sur la verge.

Au genou droit, on retrouve des altérations rappelant celles des coudes. Elles constituent une plaque éruptive mesurant 6 centimètres verticalement, sur 4 transversalement. On y voit les mêmes excoriations entourées de saillies sessiles végétantes. Au-dessus du genou gauche, existe une excoriation bulleuse avec cercle érythémateux.

Au pied gauche, on voit une plaque éruptive siégeant au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne. Là encore, mêmes excoriations résultant de la rupture de bulles, même réseau de végétations sessiles.

La plaque mesure 5 centimètres transversalement ; elle est en partie décolorée.

La langue présente un état scléreux, avec exagération des sillons normaux ; en outre, on y voit des cicatrices déprimées qui remontent à dix-neuf ans (1882). Une ulcération récente s'est développée depuis l'entrée du malade à l'hôpital, en même temps que la bulle du doigt, à la pointe de l'organe : du volume d'une pièce de 50 centimes, elle est limitée par la muqueuse taillée à pic ; on y voit aussi quelques saillies végétantes.

Enfin, il existe une ulcération semblable à la partie interne de la joue gauche.

Il n'y a rien du côté du voile du palais ; l'usage de l'iodure ayant dû être cessé, il ne se produit pas de nouvelles bulles ; les altérations survenues récemment continuent à végéter et à suppurer.

Lorsque l'on porte les yeux sur ce malade, la première impression est celle de *syphilides ;* mais la présence de bulles volumineuses sur

plusieurs des plaques éruptives vient bientôt montrer qu'elle est erronée : d'ailleurs, les cicatrices n'ont pas pour la plupart l'aspect qu'elles offrent dans la syphilis ; ce ne sont pas ces surfaces polycycliques avec l'aspect gaufré et les légères plicatures de l'épiderme ; ajoutons enfin que l'on ne voit pas dans les syphilides ces végétations en réseau d'aspect condylomateux.

La seconde hypothèse qui vient à l'esprit est celle de *tuberculides* ; mais la forme bulleuse de ces éruptions ne présente pas ces caractères.

On est conduit alors à penser qu'il s'agit d'un *pemphigus végétant* de Neumann, mais, dans cette maladie, il ne se produit jamais de cicatrice ; ce serait donc une variété nouvelle de cette dermatose. Nous avons vu que l'interrogatoire du malade conduisait à une autre interprétation : l'éruption, en effet, s'est constamment, depuis dix-neuf ans, produite à la suite de l'ingestion de préparations iodées : il s'agit en toute évidence d'une éruption iodique.

Cependant, pour en avoir le cœur net et pouvoir mettre désormais en connaissance de cause, le malade à même de se refuser à toute médication iodique, nous lui avons fait ingérer, le 1er et le 2 juin 50 centigrammes, le 3 et le 4 juin 1 gramme d'iodure.

Aujourd'hui, mercredi, nous constatons qu'un soulèvement bulleux a eu lieu au niveau de l'olécrâne du côté droit.

Les parties végétantes de la main droite se sont tuméfiées et sont devenues comme œdémateuses. Il y a des points de suppuration entre les saillies végétantes des différentes plaques.

L'ulcération consécutive à la grosse bulle sur le dos de la première articulation phalangienne du médius gauche persiste. La peau y est détruite dans toute son épaisseur et décollée ; le fond est recouvert par un détritus purulent ; il s'est développé plusieurs saillies végétantes dont les plus grosses atteignent le volume d'une lentille ; elles sont implantées, les unes sur le bord cutané de l'ulcération, d'autres sur la membrane qui la tapisse profondément. Cette bulle s'est formée sur une région antérieurement saine. Au pourtour de l'ulcération, la peau est épaissie, de coloration rouge pâle, et l'épiderme y est desquamé sur un rayon qui varie de 3 à 10 millimètres. L'épiderme est encore décollé à la périphérie de cette altération.

L'altération buccale a diminué d'étendue. Elle est déprimée dans sa partie cicatrisée, végétante dans sa partie médiane où l'on voit encore une ulcération de la dimension d'une lentille.

Au niveau de la plaque abdominale, il s'est produit une suppuration autour et dans l'épaisseur des saillies végétantes antérieurement décrites.

L'examen du sang, pratiqué par M. Hallkin, a montré l'existence d'une éosinophilie modérée (5 p. 100) et la présence de Mastzellen en nombre supérieur à la normale.

Il n'y a pas de myélocytes basophiles.

L'examen du liquide d'une bulle a dénoté un liquide purulent sans caractères spéciaux.

La lésion initiale est une bulle pouvant atteindre le volume d'une cerise, remplie d'un liquide séreux, clair ou coloré en rouge par le sang; lorsque cette bulle s'est ouverte, il persiste une ulcération recouverte d'un détritus sanieux et intéressant la peau dans toute son épaisseur; elle suppure abondamment et se trouve bientôt surmontée de saillies végétantes ; elle peut durer plusieurs jours ou même plusieurs semaines.

Lorsqu'elles se cicatrisent, ces végétations persistent, élevées de quelques millimètres, pédiculées ou sessiles, isolées ou groupées en réseau.

Ultérieurement, elles s'affaissent et il reste à leur place une cicatrice qui, d'abord pigmentée, se décolore ensuite insensiblement : elle est alors constituée par un réseau dont les interstices, variant du volume d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes, de forme arrondie ou ovalaire, ont l'aspect de la peau saine.

Nous rappellerons que, chez notre premier malade, une de ces éruptions bulleuses d'origine iodique s'est localisée aux cornées et a amené la cécité.

Il y a d'ailleurs de grandes analogies entre nos deux observations. Le fait nouveau que nous constatons chez notre dernier malade, c'est l'intensité qu'y présente le processus ulcéreux : nous avons vu en effet que la peau y était détruite dans toute son épaisseur.

Il y a en outre quelques différences qui ne sont pas sans importance. Elles portent, en premier lieu sur les localisations des manifestations cutanées : alors que, chez notre premier malade, elles occupaient constamment le visage et les extrémités supérieures, chez celui-ci, ce sont les membres et l'abdomen qui en sont les principaux foyers ; de plus, la langue y est intéressée au même titre et avec le même caractère végétant que le tégument externe.

Ce fait nous conduit à abandonner la dénomination de *pemphigus iodique* sous lequel cette dermatite a été d'abord décrite : qui dit pemphigus, en effet, dit éruption superficielle et non destructive ni ulcéreuse. On voit se renouveler pendant des années de ces éruptions de pemphigus sans qu'il y ait trace de cicatrices; dans la forme suppurative de la maladie de Neumann que l'un de nous a décrite, les altérations, si considérables qu'elles soient, disparaissent complètement sans laisser d'autres traces que des pigmentations qui s'effacent graduellement; il en est de même dans la forme végétante de la maladie de Duhring.

Ces éruptions iodiques sont, au contraire, profondément destructives : la bulle n'en est qu'un épiphénomène; aussi proposerons-nous d'adopter la dénomination nouvelle que nous avons inscrite en tête de ce travail.

Est-il possible de déterminer pour quelle cause l'iodure de potas-

sium qui, dans l'immense majorité des cas, ne donne lieu qu'à une éruption acnéiforme sans gravité, provoque chez certains sujets des lésions aussi graves? S'agirait-il, conformément à l'hypothèse que nous formulait à propos de ce malade notre ami M. Jeanselme, d'une insuffisance d'élimination rénale? Il est malheureusement trop tard pour étudier ce malade à ce point de vue. Nous pouvons dire cependant que l'absence d'albuminurie rend cette interprétation peu vraisemblable.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les données fournies par l'étude de ce malade :

1° L'iodure de potassium peut donner lieu à de graves altérations cutanées caractérisées par la production des bulles, d'ulcérations profondes et de végétations.

2° Des lésions semblables peuvent se produire dans les mêmes conditions sur la muqueuse buccale.

3° Les différentes préparations iodiques donnent lieu à ces mêmes accidents.

4° Ces altérations laissent à leur suite des cicatrices indélébiles distinctes par leurs caractères cliniques des cicatrices syphilitiques.

5° Une observation antérieure montre que ces manifestations peuvent se localiser dans les cornées et déterminer la cécité.

6° Le nom de pemphigus ne convient pas à cette dermatose, il s'agit d'une lésion profondément destructive en même temps que végétante.

7° Il faut se garder de confondre ces éruptions iodique ulcéreuses végétantes et bulleuses avec celles qui présentent, comme le bromisme dont l'un de nous vient de parler dans sa précédente communication, le type pustuleux hypertrophique ; ces dernières disparaissent généralement sans laisser de traces.

M. Leredde. — A-t-on fait l'étude histologique du sang et du liquide des bulles ? Je n'ai pu malheureusement faire cet examen d'une manière régulière dans les éruptions médicamenteuses ; je crois qu'elles s'accompagnent fréquemment sinon toujours, d'altérations matérielles du milieu sanguin et ne sont pas dues à une action nerveuse, comme on l'affirme d'une manière banale.

M. Hallopeau. — L'examen du liquide n'a rien révélé de spécial. Celui du sang a montré une éosinophilie modérée et une légère augmentation des mastzellen.

M. Galippe. — Je rappelle que M. Féré a insisté sur le rôle que joue l'intoxication intestinale dans la pathogénie des éruptions médicamenteuses ; l'antisepsie intestinale suffit souvent à prévenir leur apparition.

Sur un cas de lupus pernio avec considérations sur la nature de cette maladie.

Par MM. HALLOPEAU et VILLARET.

Depuis que notre collègue M. Besnier a fait connaître ce type morbide dans la réunion des médecins de Saint-Louis, qui a eu lieu le 15 février 1889, diverses observations de même nature ont été publiées; nous mentionnerons particulièrement le malade de M. Tenneson, dont l'image a été reproduite dans l'Atlas du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les caractères essentiels de cette forme clinique sont toujours identiques ; vous pouvez les retrouver dans leur ensemble chez la malade que nous avons l'honneur de vous présenter :

La nommée P..., 57 ans, sans profession, entre le 28 mai 1901, salle Lugol.

Depuis environ six ou sept ans, il se produit des taches érythémateuses violacées sur ses joues, son nez, ses oreilles, ses mains (faces palmaire et dorsale).

Les accidents s'exagèrent l'hiver; la coloration devient alors cyanotique, presque noire.

Il s'y est joint, depuis quelque temps, des îlots décolorés.

État actuel. — La rougeur occupe les oreilles, presque toute la surface des joues, sauf une zone située devant les oreilles, et le nez, les lèvres, le front et le pourtour des yeux sont sains.

Cette rougeur s'accompagne de dilatations variqueuses et disparaît sous la pression.

Sur la partie médiane du nez, on voit une tache décolorée d'apparence cicatricielle, entourée d'un cercle érythémateux; elle mesure 2 centimètres dans son diamètre vertical, sur 15 millimètres dans son diamètre horizontal. Autour de cette plaque la consistance de la peau est augmentée.

Cette plaque présente une courbure parabolique ; elle est recouverte de croûtes jaunâtres.

Au-dessous d'elle, et intéressant le côté droit du lobule, se trouvent des croûtes jaunâtres semblables.

Les oreilles sont tuméfiées et l'on y voit également quelques concrétions croûteuses au niveau des lobules.

La *main droite* présente une coloration d'un rouge pâle; on note, en outre, l'aspect lisse des téguments sur le dos des premières phalanges, et des dystrophies unguéales.

On voit quelques croûtelles sur la face dorsale des dernières phalanges.

La *main gauche* présente les mêmes altérations et, en outre, une plaque érythémateuse foncée occupant l'espace qui recouvre les articulations métacarpo-phalangiennes.

On voit aussi sur le dos de la main quelques îlots décolorés, moins saillants, d'apparence cicatricielle ; mêmes dystrophies unguéales; la main sécrète une sueur visqueuse.

Les faits de cette nature ne sont pas assez communs pour qu'on puisse les accuser de banalité; néanmoins, si nous avons cru devoir appeler sur ce cas l'attention de la Société, c'est moins à cause de ses caractères cliniques semblables à ceux que l'on peut étudier sur plusieurs moulages de notre musée, que pour chercher comment l'on doit considérer le rapport entre les phénomènes d'asphyxie locale et les lésions lupiques qui leur font suite.

En ce qui concerne les parties atrophiées, elles présentent les caractères qui ont conduit M. Besnier à en faire un lupus érythémateux et, par conséquent, d'après la théorie admise par la plupart d'entre nous, une tuberculose de la peau.

Mais, en est-il de même des troubles de vascularisation? Ceux-ci précèdent les troubles trophiques et les dominent le plus souvent : ils varient d'une manière évidente avec les saisons, disparaissent l'été en totalité ou en partie; ils existent partiellement sans lésions atrophiques. C'est ainsi que, chez notre malade, les lésions lupiques ne sont appréciables que dans des parties d'une étendue restreinte, alors que les troubles de vascularisation occupent de larges surfaces. Nous sommes conduits ainsi à nous demander s'il n'y aurait pas là une combinaison de deux processus morbides distincts : d'une part, une angio-névrose donnant lieu aux troubles de vascularisation; d'autre part, un lupus qui trouve là un terrain favorable à son contage. Cette interprétation nous paraît plus vraisemblable que celle qui rattacherait à une même cause prochaine l'ensemble de ces phénomènes complexes.

M. Leredde. — J'ai montré qu'un caractère général des tuberculides était leur début profond; qu'il s'agisse du lupus érythémateux ou de l'érythème induré, elles n'atteignent que peu à peu la surface de la peau. Il est très possible que certaines restent intradermiques d'une manière indéfinie et qu'il en soit ainsi au niveau des mains chez le malade de M. Hallopeau. Les troubles vasculaires de la surface seraient dus à des lésions des vaisseaux profonds, identiques à celles des tuberculides en général.

Sur un cas de syphilis mutilante du visage avec localisation oculaire.

Par M. Hallopeau et Fouquet.

Ce malade est intéressant surtout par les altérations profondes qu'une syphilis méconnue et non traitée a déterminées du côté des yeux. Nous résumerons ainsi qu'il suit leur description :

Antoine B... est âgé de 15 ans et demi; il entre salle Bazin, le 21 mai 1901. Né à terme, il fut placé en nourrice à la campagne; il y resta jusqu'à l'âge de 15 mois. Chez la même garde, se trouvait un autre nourrisson qui était, paraît-il, malade et qui mourut à l'âge de 13 mois. B... fut bien

portant jusqu'à 8 ans; les lésions commencèrent alors au niveau du nez. Les narines se couvrirent de croûtes; la narine droite particulièrement était complètement bouchée. Sur la joue droite apparurent plusieurs boutons qui guérirent rapidement sans laisser de cicatrice.

A la même époque, les boutons envahirent la lèvre supérieure dans la région médiane sous-nasale. A partir de ce moment, B... fut soigné comme tuberculeux. On lui fit prendre de l'huile de foie de morue et du sirop d'iodure de fer.

Les troubles de la voix, qu'il présente encore actuellement, ont débuté il y a trois ans : ce fut d'abord un enrouement; l'aphonie fut presque complète pendant un an.

Il y a six ans, l'œil gauche devint malade : il était gros; les paupières œdématiées ne pouvaient plus être écartées; il y avait un écoulement purulent. Cette affection aurait guéri en huit jours (?) au dire du malade. Actuellement on remarque qu'il existe de ce côté une cicatrice blanchâtre sur le segment interne de l'iris, et que l'orifice pupillaire est déformé, allongé en bas et en dedans. B... voit très bien de cet œil.

L'œil droit commença à être malade presque à la même époque que l'œil gauche, et guérit de même assez rapidement; trois jours avant l'entrée du malade dans notre service, il s'est fait une poussée aiguë nouvelle du côté de cet organe, caractérisée par de vives douleurs et une tuméfaction considérable.

A son entrée, on est tout d'abord frappé par l'altération profonde qu'a subie l'œil droit : très augmenté de volume, il fait une saillie considérable entre les paupières; la conjonctive est d'un rouge vif et œdématiée; elle forme un chémosis autour de la cornée; celle-ci a perdu sa transparence; elle est aplatie dans sa moitié inféro-externe; le reste est soulevé et saillant. Sa coloration est d'un brun foncé ou rouge avec traînées blanchâtres de suppuration. Au-dessous de la cornée, la conjonctive fait une saillie comparable à un bourgeon charnu entouré d'un exsudat purulent. Le malade distingue un peu le jour.

A l'angle interne de l'œil, au niveau du canal nasal, il s'est formé une petite collection purulente; ouverte au bistouri, elle donne une cuillerée à café d'un pus jaunâtre bien lié. L'œil est le siège d'un larmoiement continuel. Les mouvements du globe oculaire sont très limités.

Le lobule et les ailes du nez ont disparu; les orifices des narines sont considérablement rétrécis; la narine droite est presque complètement fermée. Dans le nez, les croûtes gênent la respiration.

Sur le côté gauche du nez existe une petite plaque rouge, se prolongeant en haut jusque dans la narine, empiétant en bas sur la portion muqueuse de la lèvre supérieure. Cette plaque mesure 4 millimètres transversalement et 3 millimètres verticalement. Elle est recouverte, par places, de quelques croûtes jaunâtres. Il y a une induration marquée des téguments à son niveau.

Sur la joue gauche, se trouve une même plaque plus petite.

Sur le cou, à droite, on voit une cicatrice blanche, lisse, irrégulière, résultant de l'ouverture spontanée d'un abcès, probablement ganglionnaire, survenu il y a quatre ans.

Les dents ne présentent rien d'anormal, si ce n'est un léger microdontisme des canines.

Du côté du palais, les amygdales et les piliers postérieurs ont complètement disparu.

Le malade ne tousse pas. A l'examen des poumons, en arrière, la sonorité à la percussion est la même des deux côtes ; à la palpation, les vibrations sont augmentées à droite; le murmure est un peu rude de ce côté. En avant, il n'y a rien d'anormal. Le cœur est normal.

Traitement. — Le malade, dès son entrée, a reçu une injection profonde de calomel à la fesse. Huit jours après on fit une deuxième injection. Localement on appliqua des compresses de sublimé au vingt millième sur l'œil droit.

En présence de cet ensemble pathologique, nous sommes conduits tout d'abord à penser, d'après les antécédents de ce malade, qu'il est atteint d'une syphilis acquise : d'une part, en effet, il ne présente pas d'altérations caractéristiques d'une syphilis héréditaire, telles que des dystrophies dentaires et les altérations auriculaires ; d'autre part, l'hypothèse d'une tuberculose, à laquelle paraissent s'être rattachés les médecins qui l'ont soigné antérieurement, nous paraît inadmissible en raison des altérations profondes qu'ont subies l'isthme du gosier et le pharynx ; il n'y a d'ailleurs ni chez le jeune homme, ni chez ses ascendants ou collatéraux, de signes de tuberculose ; ajoutons, enfin, que les altérations profondes de l'œil n'appartiennent pas au type classique de cette maladie.

Ces altérations oculaires ont suivi chez ce malade une marche réellement terrifiante : en trois jours la cornée avait perdu toute vitalité et la vision se trouvait ainsi presque complètement abolie de ce côté; il semble qu'il se soit produit là une panophtalmie spécifique.

Sur un nouveau cas de nævi fibromateux (maladie de Recklinghausen).

Par MM. HALLOPEAU et FOUQUET.

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter réalise dans son ensemble le type morbide qu'a décrit Recklinghausen avec quelques particularités qui nous paraissent dignes d'attention. Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Emilie C..., âgée de 22 ans, a encore ses parents. Son père a une hémiplégie droite depuis huit ans. Sa mère est bien portante. Elle a eu 8 enfants : 4 sont morts en bas âge. Des 4 filles vivantes, 3 sont mariées ; 2 ont des enfants. Aucun d'eux n'a présenté les symptômes qui amènent ici cette malade.

Son affection a débuté il y a trois ans. Le premier symptôme objectif fut une tumeur molle sous-cutanée, qui apparut à la face externe de l'articu-

lation du genou du côté gauche. Depuis, de nombreuses tumeurs semblables sont survenues.

Actuellement, quand on examine cette malade, on est frappé de sa petite taille : elle mesure 1 m. 40. Elle présente une voussure thoracique manifeste au niveau des troisième et quatrième côtes gauches. Aucune déformation n'existe au niveau des membres. La malade ne sait pas l'âge auquel elle a marché. On constate, au membre inférieur gauche, de nombreuses tumeurs.

A la jambe, il n'en existe qu'une, du volume d'une noisette ; elle fait nettement saillie. A son niveau, la peau est légèrement rouge. Cette tumeur adhère à la peau : elle est mobile sur les plans profonds ; elle n'est nullement douloureuse au toucher.

A la cuisse, les tumeurs sont plus nombreuses. Il en existe une à la face externe de l'articulation du genou gauche. Elle a le volume d'une mandarine ; elle augmenterait du double, au dire de la malade, le soir, après la fatigue de la journée. Elle est de consistance molle ; le palper ne permet pas d'y sentir de lobulation nette. Il n'y a pas d'adhérence aux plans profonds. La peau, qui a conservé à ce niveau ses caractères normaux, est difficilement plissée à la surface.

A la face postérieure de la cuisse, il existe d'autres tumeurs molles ; elles déforment cette région et, par leur poids, déterminent une série de plis anormaux au-dessous du pli fessier. Ce dernier est lui-même très abaissé par rapport à celui du côté droit.

Sur la fesse gauche, on voit deux petits nodules de la grosseur d'une lentille ; à leur niveau, la peau est légèrement rouge.

Au membre inférieur droit, on ne voit rien d'anormal à la jambe. A la face postérieure de la cuisse, il existe deux petits nodules, du volume d'une lentille ; à la face interne se trouvent deux autres nodules un peu plus volumineux, un peu plus durs.

A la fesse droite, on compte une douzaine de nodules semblables, dispersés ; la peau est légèrement rosée à leur niveau ; leur consistance est demi-molle. Ils sont adhérents à la peau et libres sur les plans profonds. A la face antérieure de la cuisse, il existe trois de ces nodules.

Quand on examine les membres supérieurs, on voit, à droite, un nodule du volume d'une noisette, sur l'épaule ; un autre à la face externe du bras, dans la région moyenne. Ce dernier tubercule ne daterait que de trois jours. Enfin, à la face antérieure de l'avant-bras, on en trouve un plus petit.

Sur le membre supérieur gauche, on remarque un nodule sur l'épaule deux nodules sur le deltoïde, deux autres tout petits à la face antérieure du bras, un au-dessus de l'épicondyle, deux dans la région du pli du coude, deux à la face antérieure de l'avant-bras.

A droite comme à gauche, il n'y a rien aux mains. Il n'y a pas de ganglions tuméfiés dans les aisselles.

Au thorax, on note en avant, au-dessus du sein gauche, une large plaque de coloration rosée, sillonnée de veinules bleuâtres. Les contours de cette plaque, qui mesure 12 centim. verticalement sur 10 centim. transversalement, sont irréguliers, géographiques.

Au niveau de la clavicule gauche, on voit un petit nodule du volume d'une lentille. A droite, à 5 centim. au-dessous de la clavicule, se trouve un petit molluscum ; il en existe un semblable au-dessus et en dehors du sein droit. Sur le sein droit, sont semés de petites taches rouges, isolées les unes des autres par des intervalles de peau saine.

Entre les deux seins, se trouvent deux petits nodules, du volume d'une tête d'épingle et un petit molluscum légèrement pédiculé. Sur le ventre, au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, on voit quatre petits nodules ; au-dessous de l'ombilic, deux autres nodules ayant les mêmes caractères.

En arrière, au niveau du dos, à l'omoplate droite, il existe trois nodules, du volume d'une petite noisette ; à gauche, au niveau de l'angle de l'omoplate, il existe un gros nodule plus saillant, du volume d'une noisette ; à la ceinture, sur la ligne médiane, on voit un nodule, du volume d'un gros pois.

Au niveau de la commissure externe de l'œil gauche, existe un petit tubercule ; au menton, il s'en trouve un semblable.

Au-dessus du nez, entre les deux yeux, on remarque une cicatrice blanchâtre arrondie, vestige d'une éruption impétigineuse de l'enfance.

Enfin, il faut signaler une pigmentation spéciale qui revêt des caractères différents suivant les régions que l'on envisage. C'est surtout au niveau du tronc qu'on la rencontre ; au-devant de la poitrine, ce sont des petites élevures, de couleur bistrée, isolées ; au niveau des épaules et du ventre, ce sont des placards mesurant jusqu'à 3 et 4 centimètres transversalement et 1 et 2 verticalement, de couleur jaune café au lait.

Enfin, à la ceinture, cette pigmentation forme une large bande irrégulière qui fait presque le tour de la taille ; elle est de couleur jaune foncé.

Il n'existe aucune lésion du côté des yeux, de la bouche ni du voile du palais.

La malade se plaint de douleurs gastriques. Elle digère difficilement, et est souvent obligée d'ôter son corset après les repas.

La nuit, elle a des cauchemars, des rêves professionnels.

Les réflexes patellaires et pharyngiens sont normaux.

Cette malade présente, en somme, les principales éruptions de la maladie décrite par Recklinghausen sous le nom de neuro-fibromatose, c'est-à-dire des tumeurs molles, multiples, sous-cutanées, accompagnées d'un arrêt de croissance, de déformations osseuses plus ou moins marquées et surtout de pigmentations café au lait.

Ce qu'il y a de particulier chez elle, c'est *le volume très considérable que présentent une partie des tumeurs sous-cutanées, leur mollesse tellement prononcée que l'on pourrait croire au premier abord à des angiomes ;* nous noterons d'autre part que la *pigmentation respecte complètement la face*, qu'*il n'y a pas de nævi pilosi*, et qu'*il n'existe pas de tumeurs sur des trajets nerveux.* Notre observation vient à l'appui des faits signalés déjà par Jeanselme, Lahmann, Landowski, Pierre Marie, A. Bernard et Chauffard, dans lesquels les rameaux nerveux n'ont pas été les points

de départ des fibromes ; il en est d'ailleurs de même, en toute évidence, des taches pigmentaires ; aussi doit-on, suivant nous, renoncer à l'épithète de *neuro-fibromatose* qui a été appliquée à tort à ce type morbide, constitué essentiellement par des dystrophies congénitales de la peau et de l'hypoderme ; il doit être considéré comme *une variété de nævi* : l'un de nous (H.) s'est déjà efforcé de faire prévaloir cette interprétation.

Prurit chronique avec éruption papuleuse en traînées.

Par M. Du Castel.

La nommée P..., âgée de 59 ans, femme de ménage, entre le 8 mai 1901, salle Gibert, lit n° 25.

La malade entre à l'hôpital pour un prurit intense, s'accompagnant de lésions de grattage remarquables par la disposition de leurs éléments.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Rien, non plus, dans les antécédents personnels, si ce n'est de nombreuses émotions qui, d'après la malade, sont la cause de l'affection actuelle.

Affection actuelle. — Le prurit a commencé en 1880, localisé à ce moment aux hanches. Depuis cette époque la malade a constamment des démangeaisons, diminuant, cessant même par intervalles plus ou moins longs (dix, quinze jours, un mois au plus) pour reparaître à la suite de fatigues, au moment des règles, ou sans cause apparente.

Il y a huit ans, l'éruption s'accentua et devint aussi étendue qu'elle l'est actuellement. Elle persista ainsi pendant six mois, puis diminua.

Elle revint il y a cinq ans, et ne subit que peu de modifications depuis.

A son entrée à l'hôpital, la malade se plaint d'un prurit intense, siégeant principalement à la face, aux bras, aux hanches, s'exagérant la nuit au point de rendre le sommeil impossible. Son intensité s'accroît également par l'absorption de certains aliments, les œufs durs en particulier.

De temps en temps, la malade a des poussées d'urticaire de courte durée en général et s'accompagnant d'un léger mouvement fébrile.

Néanmoins l'état général est bon. La malade n'a pas de troubles digestifs ; rien d'anormal dans les *urines*. A part un peu de céphalalgie nocturne, il n'y a rien à noter du côté du système nerveux.

A l'examen de la malade on constate que la peau de la face est épaissie, pigmentée ; le front porte des traces de grattage.

Sur le tronc et sur les membres, on trouve des papules ayant la couleur de la peau, du volume d'un petit pois, sessiles ; ces papules présentent une distribution très particulière. Elles sont disposées, pour la plupart, en lignes, en bandes répondant aux coups d'ongles dont elles suivent la direction, variables du reste suivant les régions considérées.

Abondantes au niveau des points que la malade peut facilement gratter, ces papules sont rares, au contraire, dans les autres régions.

Elles siègent à la base du cou, qu'elles entourent complètement ; aux hanches ; au niveau de la partie sous-ombilicale de l'abdomen, où elles sont disposées suivant une ligne courbe à concavité supérieure.

Aux membres inférieurs, elles occupent les faces antérieure et postérieure des cuisses, la face externe des jambes, la face antérieure du cou-de-pied.

Elles sont très abondantes au niveau des faces antérieure, externe et interne des bras, à la face postérieure des avant-bras.

Les cheveux sont tombés en grande quantité par le grattage ; la peau est couverte de papules excoriées.

Les ongles sont usés, extrêmement brillants, diamantés.

Voir, au musée de l'hôpital Saint-Louis, la pièce 2175.

(Observation recueillie par M. Boysseaux, interne du service.)

M. Besnier. — Cette malade présente un type de l'affection que j'ai appelée prurigo diathésique.

M. Leredde. — Le type clinique vraiment remarquable qu'offre cette malade peut se comprendre si l'on admet que chez elle les lésions du prurigo se sont lichénifiées individuellement.

Affection indéterminée des ongles.

Par M. Créquy.

Le malade que je vous présente est atteint d'une affection que vous connaissez ; elle remonte à deux ans. Elle est caractérisée par un épaississement considérable des ongles siégeant aux pieds et aux mains, plus marqué cependant aux membres supérieurs. L'hypertrophie est plus considérable à l'extrémité libre des ongles qu'à leur racine. La lamelle cornée est soulevée par un tissu moins serré qui rappelle un peu la moelle du jonc.

Quelle en est la nature et la cause ?

Le malade, âgé de 51 ans, est chauffeur à la Compagnie du gaz ; mais cette profession n'a rien de spécial : les ouvriers qui fabriquent le gaz ne sont exposés à aucune affection spéciale ; seuls les ouvriers employés aux goudrons et à la casse du brai contractent quelquefois des affections pustuleuses de la peau et de la cornée qui, pour cette dernière, présentent une gravité assez sérieuse. Notre malade attribue l'état de ses ongles à un froid assez vif qu'il a éprouvé il y a deux ans. Mais ce froid n'interrompit même pas son travail ; il ne faut, je pense, y attacher aucune importance. Devons-nous incriminer une maladie générale, l'eczéma, le psoriasis, la syphilis ? mais il n'a, dit-il, jamais présenté aucune trace de ces affections.

Avons-nous affaire à un parasite ?

Notre collègue M. Danlos, qui a bien voulu me donner ses conseils,

a fait quelques recherches dans ce sens; il voudra bien nous en donner le résultat.

Le traitement a consisté d'abord en onction avec l'huile de cade, qui a plutôt irrité le mal; la pommade au calomel et à l'oxyde de zinc est mieux supportée, mais ne guérit pas.

Depuis quelques jours, sur le conseil de M. Danlos, je lui fais porter des doigts de gants en caoutchouc : il dit s'en trouver bien; l'avenir dira le résultat obtenu.

A l'intérieur j'ai prescrit une solution arsenicale.

Permettez-moi, à ce sujet, une courte digression : quand nous prescrivons les médicaments liquides nous nous servons d'une cuiller, mesure peu précise, variant avec le métal dont elle est faite, la famille où nous l'employons, la personne qui s'en sert, proportion qui varie souvent du simple au double.

N'est-il pas arrivé à chacun de nous de prescrire une solution devant durer dix jours et n'être qu'à moitié épuisée après ce temps? C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai fait fabriquer, il y a environ une quinzaine d'années, des flacons gradués suivant le Codex.

Si, par exemple, vous voulez donner 1 gramme d'iodure de potassium à un malade, vous prescrivez une solution de 20 grammes d'iodure de potassium dans 300 grammes d'eau distillée.

20 divisions sur flacon gradué sur verre, à prendre une division par jour : c'est la cuillerée du Codex.

Je vous demande pardon de cette digression, mais il me semble qu'il y a de l'importance à donner 1 gramme de médicament à un malade, et non pas la moitié.

En terminant, je répète ce que je vous ai dit en commençant : je n'ai pas la prétention de vous avoir montré un malade intéressant et une maladie rare ; mais je désire que vous m'éclairiez sur sa nature et le traitement qui pourra permettre à un ouvrier, père de famille, de reprendre son travail le plus tôt possible.

Mycosis fongoïde, à forme cyanotique.

Par MM. Gaucher et Lacapère.

La malade que nous vous présentons est atteinte d'infiltration mycosique des téguments de la tête et du cou et d'éruption eczématiforme du dos des mains. La particularité de ce cas est la teinte cyanotique que présente l'infiltration de la face.

Voici d'ailleurs l'observation résumée de la malade :

Mme D..., âgée de 43 ans, ne présente dans ses antécédents rien de bien remarquable à signaler, si ce n'est quelques atteintes de rhumatisme articulaire subaigu.

Au mois de septembre 1899, elle se présente à l'hôpital Saint-Antoine pour consulter à propos d'une affection cutanée dont elle est atteinte depuis peu.

Cette affection s'est d'abord localisée aux lobules des deux oreilles, pour s'étendre rapidement au cuir chevelu, occasionnant une chute abondante des cheveux.

Au mois de janvier 1900, l'éruption a gagné la figure et la nuque. En ces régions, la peau est épaissie, infiltrée et présente une teinte érythémateuse foncée, uniforme, qui s'atténue seulement sur les bords de la lésion et qui est couverte de fines squames blanches.

Un placard érythémato-squameux analogue, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, existe au-dessus du sein gauche. La face postérieure du bras et le dos des mains sont atteints d'une éruption lichénoïde disséminée, constituée par de petites papules aplaties, squameuses, reposant sur un épaississement assez sensible des téguments.

La malade se plaint de maux d'estomac ; ses urines contiennent de l'albumine.

Elle est mise au régime lacté absolu. Bientôt on lui administre régulièrement du cacodylate de soude en injections sous-cutanées.

Au mois de mars 1900, la rougeur de la face et des bras est déjà très atténuée. La malade sort presque guérie quelques semaines plus tard, le 28 avril, et son état continue à s'améliorer jusqu'à la complète disparition de l'éruption.

Le 12 avril 1901, elle revient à l'hôpital Saint-Antoine ; l'éruption a reparu il y a peu de temps, s'étendant très rapidement à la presque totalité des régions occupées par la première manifestation, mais avec un aspect un peu différent.

La figure présente aujourd'hui une teinte non pas rouge, mais bleuâtre ou d'un violet foncé, rappelant la couleur de certains nævi, ou même la teinte des malades qui sont atteints de cyanose. Cette teinte, absolument uniforme, occupe la face, les parties postérieures et latérales du cou. Elle s'atténue légèrement sur ses bords, mais présente encore une coloration d'un rose vif, séparée de la peau saine par une ligne de démarcation assez nette.

La peau altérée est épaissie, tuméfiée, infiltrée, et, sur les bords de la lésion, le palper donne la sensation du bourrelet de l'érysipèle.

Au niveau des pommettes existent quelques vésicules d'eczéma surajouté.

De fines squames pityriasiformes recouvrent les téguments de la face dans presque toute leur étendue.

Les pavillons auriculaires, gonflés, présentent une teinte rouge moins foncée que celle de la face, mais avec des squames notablement plus abondantes.

Le cuir chevelu est atteint en totalité. Les cheveux sont tombés par plaques, découvrant des espaces de peau d'un rose vif, recouverts de nombreuses squames. Les cheveux qui subsistent paraissent malades ; ils sont ternes, secs et cassés à 20 ou 30 centimètres de longueur.

Il existe un prurit assez vif à la face, et ce prurit est surtout marqué le

matin au réveil; à ce moment la face est tuméfiée et les yeux sont œdématiés au point de ne pouvoir s'ouvrir ; mais ce gonflement, qui disparaît rapidement, semble relever de l'albuminurie qui a persisté telle qu'elle existait à la première atteinte.

Au niveau des sterno-mastoïdiens, il est facile de constater une chaîne de ganglions qui roulent sous le doigt. Indolores, de la grosseur d'un haricot, ces ganglions forment un cordon continu qui se prolonge jusque dans l'espace sus-claviculaire.

Le dos des mains et la face dorsale des phalanges sont recouverts d'une éruption rouge, squameuse, sèche, eczématiforme, qui ne revêt pas l'aspect cyanotique de l'infiltration de la face.

Les plaques érythémato-squameuses qui existaient à la partie antérieure du thorax et à la partie postérieure des bras, lors du premier séjour de la malade à l'hôpital, n'ont pas reparu cette fois-ci.

Soumise au même traitement que la première fois, la malade s'améliore de nouveau et aujourd'hui la rougeur de l'éruption est beaucoup moins vive qu'au jour de son entrée.

L'aspect et l'évolution de cette dermatose, la disparition et la brusque réapparition des lésions, ne permettent pas de poser un autre diagnostic que celui de mycosis fongoïde. L'étude du sang montre qu'il n'y a pas de leucocytose (5,500 leucocytes par millimètre cube) mais seulement une légère lymphocytose (polynucléaires, 60 p. 100 ; mononucléaires, 29 p 100 ; lymphocytes, 9 p. 100 ; éosinophiles, 2 p. 100).

En somme, le seul point intéressant de cette observation est la couleur bleuâtre de l'infiltration mycosique, dont l'examen du sang ne nous a pas donné l'explication et dont nous n'avons pu trouver la cause. Peut-être faut-il l'attribuer aux troubles circulatoires dépendant de l'albuminurie et de la lésion rénale.

M. Wickham. — Au Congrès international de dermatologie d'août 1900, à propos d'une discussion sur le mycosis fongoïde, j'ai communiqué l'observation d'un cas de mycosis considérablement amélioré par les injections sous-cutanées de cacodylate de soude à doses progressivement croissantes et par séries intermittentes.

Il s'agissait d'une éruption prémycosique scarlatiniforme généralisée avec prurit intense, hypertrophie des ganglions et quelques petites tuméfactions.

Depuis ma communication du mois d'août, l'amélioration s'est accentuée, et vers le mois de novembre il ne restait aucune apparence de mycosis.

En matière de thérapeutique appliquée au mycosis il faut se méfier des disparitions spontanées. Les raisons qui me font croire, dans le cas présent, à l'action curative du cacodylate de soude, sont les suivantes :

L'éruption, traitée depuis dix-huit mois par un grand nombre de moyens, n'a commencé à céder progressivement et lentement qu'à partir de la quinzième injection environ.

L'amélioration s'est faite peu à peu. A la fin des périodes d'interruption, le prurit se reproduisait et redisparaissait à chaque reprise.

Enfin, depuis novembre, époque de la cessation du traitement, il y a eu

des velléités de récidives. A chaque fois une série d'injections a fait disparaître le prurit et les rougeurs naissantes.

J'ai la conviction que le cacodylate de soude a eu, dans ce cas tout au moins, un effet curatif puissant.

M. Leredde. — J'ai eu l'occasion d'observer avec M. Du Castel un cas analogue de mycosis fongoïde avec asphyxie symétrique des extrémités.

M. Hallopeau. — Peut-être faut-il faire quelques réserves sur le diagnostic, car certaines formes aiguës de lupus érythémateux présentent un aspect analogue.

M. Gaucher. — Je ferai remarquer que les lésions avaient disparu complètement, sans affirmer que cela soit dû au cacodylate de soude, et que d'ailleurs il existe un prurit très intense, contrairement à ce qu'on observe dans le lupus.

M. Danlos. — J'ai vu le cacodylate aggraver les lésions dans un cas de mycosis.

M. Leredde. — Le cacodylate m'a donné des résultats remarquables dans un cas de mycosis à forme érythrodermique. J'ai observé en particulier une augmentation de poids considérable et rapide sous l'influence de ce médicament.

M. Fournier. — Il a échoué dans un cas de mycosis que j'ai eu à traiter récemment et qui s'est terminé par la mort.

M. Besnier. — Il y a actuellement deux points en discussion : d'un côté la nature de l'affection qu'on nous présente, de l'autre son traitement.

L'examen histologique permettra de reconnaître s'il s'agit réellement d'un mycosis fongoïde.

Au point de vue thérapeutique, il ne faut pas oublier que le mycosis n'est pas une maladie toujours identique à elle-même ; il présente de nombreuses variétés, surtout en ce qui concerne son évolution.

Hérédo-syphilide lupiforme du nez, datant de trente et un ans, guérie par les injections mercurielles.

Par MM. E. Gaucher et Lacapère.

On a signalé, durant ces dernières années, un certain nombre de cas de lupus tuberculeux améliorés ou guéris par les injections de sels de mercure. Faut-il en conclure que l'épreuve du traitement mercuriel, considérée autrefois comme suffisante pour établir le diagnostic de syphilis en cas d'amélioration rapide et indiscutable, perdrait aujourd'hui sa valeur devant ces guérisons d'accidents tuberculeux par la médication hydrargyrique? Ou bien, au contraire, n'est-il pas permis de se demander si la syphilis, affection essentiellement polymorphe, n'a pas pu en imposer parfois pour le lupus jusqu'à rendre la confusion inévitable?

L'observation que nous rapportons ci-dessous plaide en faveur de cette dernière hypothèse.

Il s'agit d'une malade atteinte, depuis plus de trente ans, d'une lésion ulcéreuse du nez considérée comme un lupus et traitée comme telle sans aucun résultat d'ailleurs, par des dermatologistes compétents. En 1898, cette malade se présente à notre consultation de l'hôpital Saint-Antoine : nous pensons à la possibilité d'une syphilis héréditaire tardive, et nous la soumettons au traitement spécifique par les injections quotidiennes de benzoate de mercure. Un mois après le début du traitement, l'amélioration est déjà très nette. Trois mois plus tard, l'ulcération est presque guérie. La rapidité de cette guérison suffirait, semble-t-il, pour faire admettre la nature spécifique de la lésion. Mais, comme on va le voir dans l'observation qui suit, l'existence de lésions oculaires indiscutablement syphilitiques vient confirmer ultérieurement ce diagnostic :

Mme L..., âgée de 47 ans, se présente à nous le 30 mars 1898 pour une lésion ulcéreuse du nez dont la première apparition remonte à l'âge de 15 ans.

A cette époque, la malade fut atteinte de lésions croûteuses siégeant à l'intérieur du nez et sur la face externe des narines, lésions qui cédèrent, nous dit-elle, à l'administration quotidienne d'huile de foie de morue et au séjour au bord de la mer. Au moment des époques, cependant, le visage était atteint de poussées érythémateuses très vives.

L'état reste stationnaire jusqu'à l'âge de 36 ans. A ce moment apparaissent sur le nez deux gros boutons qui ne furent traités par M. le Dr Quinquaud que plusieurs mois après leur apparition. Il se produisit une amélioration notable après la cautérisation ignée de la périphérie des lésions, et la malade, traitée ensuite pendant trois semaines par des scarifications, se considéra comme guérie.

En 1894, à l'âge de 42 ans, apparut sur l'aile gauche du nez un nouveau bouton qui fut traité à l'hôpital Saint-Louis alternativement par des scarifications et des cautérisations ignées. La lésion disparut pour se montrer de nouveau un an plus tard. De nouvelles scarifications, accompagnées de cautérisations au nitrate d'argent, restèrent sans effet. L'affection persista et c'est alors, en mars 1898, que le malade vint nous consulter.

L'aspect de la lésion est alors le suivant : sur les ailes et le lobule du nez on constate des taches d'un rouge cuivré, légèrement surélevés et ramollies, qui présentent par places de petites ulcérations recouvertes de croûtes. Le bord libre des deux narines a été détruit par les ulcérations et le bord de la cloison est boursouflé et d'un rouge cuivré. Dans le sillon naso-génien gauche, on remarque quelques éléments rouges isolés, légèrement papuleux, nettement circinés.

L'intérieur du nez est d'un rouge sombre, les fosses nasales sont encombrées de croûtes, mais l'odorat est conservé et il n'existe pas de fétidité de l'haleine. Enfin la lésion de la peau ne s'accompagne ni de douleurs ni pe démangeaisons.

Cette lésion, et par son aspect extérieur et par son évolution même, présente donc les caractères du lupus ; cependant, l'insuccès des divers traitements employés nous fait songer à la possibilité de la syphilis ; dès notre première consultation, la malade est traitée par des injections quotidiennes de benzoate de mercure à la dose de 1 centigramme et absorbe chaque jour 2 grammes d'iodure de potassium.

Huit jours plus tard, l'apparition d'une légère gingivite et de quelques phénomènes d'iodisme force à interrompre pendant une semaine le traitement, qui est ensuite repris régulièrement jusqu'au 12 mai 1898.

L'amélioration, déjà notable après le premier mois, est telle, que le doute sur la nature de la lésion ne paraît plus permis.

Cependant quelques nodules rouges et ramollis viennent d'apparaître sur l'aile gauche du nez et leur apparence est tout à fait celle du lupus.

Les injections de benzoate sont interrompues après le 18 mai et, au mois de juin, elles sont reprises, mais la dose quotidienne est portée à 2 centigr. Un mois plus tard, les injections sont réduites au nombre d'une par semaine, jusqu'au mois d'octobre 1898.

L'aspect du nez est alors presque normal, la teinte en est à peine foncée et les papules circinées ont absolument disparu.

Les injections sont faites, à partir de ce moment, deux fois par semaine. Le nez paraît complètement guéri. Il persiste cependant à l'extrémité du lobule une petite couronne de très fines papules circinées, présentant l'aspect des tubercules lupiques. Sur l'aile gauche du nez, il existe une papule de même nature, affaissée et très transparente. La persistance de ces quelques éléments indique qu'il y a nécessité de continuer les injections de benzoate de mercure. Celles-ci sont interrompues le 10 décembre, à la suite de la production de nodosités douloureuses dans les fesses.

La malade revient deux mois plus tard, le 16 février 1899. Le lobule du nez est un peu rouge. On reprend jusqu'au mois de mai les piqûres et l'iodure.

La malade s'absente alors jusqu'en janvier 1901. La guérison s'est maintenue. Au mois d'avril suivant le lobule du nez rougit de nouveau et deux points paraissent prêts à s'ulcérer. Sous l'influence des piqûres, reprises immédiatement, la rougeur disparaît et on ne constate bientôt plus qu'une cicatrice déprimée, blanche, occupant tous les points autrefois atteints, c'est-à-dire les deux ailes du nez, le lobule, les bords des narines et de la cloison.

Enfin l'intérieur du nez, absolument cicatrisé, paraît normal.

Cette épreuve du traitement nous paraît suffisante pour établir le diagnostic de syphilide ulcéreuse, lésion tertiaire, apparue vers l'âge de 15 ans. La date d'apparition, les renseignements fournis par la malade font écarter l'idée de syphilis acquise. Reste l'hypothèse de syphilis héréditaire. L'enquête sur la famille nous manque, et les renseignements fournis par la malade sont nuls à ce sujet. Elle peut seulement nous dire que l'un de ses frères avait les dents mal conformées. Mais l'évolution même de l'affection est en faveur de

l'hérédo-syphilis. Les manifestations héréditaires sont en effet *moins virulentes* mais *plus persistantes* que les manifestations acquises, et cette syphilide, qui a duré trente-trois ans, nous paraît être d'origine héréditaire.

La confirmation de ce diagnostic est faite par l'examen des yeux, dû à M. le Dr Antonelli, qui nous communique les renseignements suivants :

Cette malade présente une inégalité pupillaire marquée, la pupille droite étant plus petite que la gauche, légèrement irrégulière et ectopique.

Les deux pupilles, surtout la droite, réagissent très faiblement à la lumière. Par contre, l'accommodation à la distance, la synergie des mouvements de convergence sont normales.

Les lésions pupillaires (ancienne iritis légère de l'œil droit et phénomène d'Argyll Robertson), bien que rudimentaires, sont des stigmates, tout au moins très probables, de spécificité ancienne (congénitale ou acquise en bas âge).

Le fond de l'œil est normal.

L'observation ci-dessus peut se résumer de la façon suivante :

A l'âge de 15 ans, apparition d'une lésion ulcéreuse du nez atteignant à la fois la peau et la muqueuse nasales. Après un certain nombre d'alternatives d'amélioration et d'aggravation, l'affection s'installe définitivement et détruit une partie du tégument.

Examinée par plusieurs dermatologistes, la lésion est considérée d'une façon unanime comme un lupus ; cependant, tous les traitements ordinaires du lupus restent sans effet, et c'est seulement après le traitement mercuriel que l'amélioration se produit. Cette amélioration est si saisissante, si rapide, la guérison se produit dans de telles conditions, qu'il nous paraît impossible de ne pas considérer cette lésion comme de nature syphilitique. La syphilis, qui ne peut être ici qu'héréditaire, se manifeste également par des phénomènes oculaires.

Cette observation, que nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher de certains cas de lupus guéris par les injections mercurielles qui ont été publiés dans ces derniers temps, nous permet d'élever un doute sur la nature tuberculeuse des affections lupiformes guéries par la médication hydrargyrique. Peut-être, comme dans le cas actuel, ne s'agissait-il que de syphilides méconnues ? C'est ce que nous serions tenté de croire.

M. Du Castel. — Le traitement mercuriel peut sans doute améliorer le lupus, mais il est sans action sur les tubercules eux-mêmes.

M. Fournier. — Je ferai remarquer que cette malade ne présentait qu'un seul stigmate d'hérédo-syphilis, le stigmate oculaire.

M. Barthélemy. — Je trouve très remarquable ce fait de la possibilité du diagnostic rétrospectif de l'hérédo-syphilis par un seul stigmate, ou par

un seul symptôme, comme je ne saurais trop le faire observer : dans l'observation rapportée dans la dernière séance par M. Gaucher, c'est le stigmate dystrophique dentaire; ici, c'est le symptôme oculaire; d'autres fois ce seront des lésions rétino-choroïdiennes ou bien des lésions osseuses; dans un autre cas que j'ai rapporté dans une de nos premières réunions à l'hôpital Saint-Louis, il s'agissait d'une grave affection du foie. L'enfant ne présentait pas d'autre lésion, mais cette lésion était si significative et tielle guérit si bien par le traitement antisyphilitique, qu'elle mit sur la voie du diagnostic de la syphilis, non seulement de l'enfant laquelle était totalement ignorée, mais aussi de celle du père qui était très ancienne, absolument oubliée, méconnue et en tous cas jamais traitée.

Ces faits sont très instructifs et démontrent une fois de plus que, si on trouve réunis tous les stigmates de l'hérédité, c'est tant mieux, la question est plus nette et plus facile ; mais qu'il ne faut pas compter sur le faisceau symptomatologique et qu'il faut savoir tenir compte à l'occasion du symptôme isolé ou du stigmate unique.

Glossite dépapillante de modalité secondaire, entrant en scène dans la vingt-huitième année d'une syphilis.

Par M. A. Fournier.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade qui, affecté de syphilis depuis vingt-huit ans, n'en offre pas moins à la langue une lésion de *modalité absolument secondaire*.

Ce malade a contracté la contagion en 1873. A cette époque, chancre suivi de roséole. En 1875, syphilide papulo-croûteuse du tronc et syphilide ulcéreuse du scrotum. En 1895, hémiplégie gauche. En 1900 et 1901, syphilide tuberculeuse, encore manifeste aujourd'hui. Or, en dépit de la période avancée de l'infection, le malade porte à la langue actuellement une lésion toute récente, superficielle, et d'aspect absolument *secondaire*. Cette lésion est un type de *glossite dépapillante*. Elle se présente sous forme d'une zone très régulièrement circinée et annulaire, dans l'aire de laquelle les papilles linguales sont complètement *fauchées*, zone encadrant un centre sain où l'aspect papillaire de l'organe est conservé. Ce centre a la dimension d'une pièce de 50 centimes, tandis que la circonférence extérieure de la lésion est celle d'une pièce de 2 francs.

Ce qu'il y a de curieux, c'est de voir de la sorte une lésion de cet ordre, superficielle, bénigne, non érosive et, je le répète, de modalité secondaire, entrer en scène à la vingt-huitième année d'une syphilis et succéder à des manifestations de modalité tertiaire (hémiplégie, syphilide tuberculo-croûteuse, etc.).

Voici le détail de cette observation, telle qu'elle a été recueillie par un externe du service, M. G. Reynault :

Le nommé Jean B..., âgé de 52 ans, terrassier, entre le 4 juin 1901, salle Saint-Louis, lit n° 28.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une pneumonie, mère d'un cancer.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans son enfance ; pneumonies en 1874 et 1879.

En 1873, *chancre* du fourreau avec adénopathie bi-inguinale. — *Roséole.* Le malade se marie néanmoins. Il contagionne sa femme. L'un et l'autre restent vingt mois sans traitement. Durant ce temps, sa femme fait une fausse couche de six mois, puis amène à terme un enfant qui meurt à deux mois, athrepsique.

En 1875, cette femme entre à Broca et notre malade au Midi. Il présente à ce moment des *syphilides ulcéreuses de la verge et du scrotum* et des *syphilides* papulo-croûteuses du tronc. Guérison en quelques mois par les pilules de Dupuytren et iodure.

Durant les années suivantes, il a alors de sa femme, qui vient d'être soignée à Broca et qui cesse ainsi que lui tout traitement :

1° Un enfant sain (qui, paraît-il, contracta lui-même la syphilis au service militaire) ;

2° Cinq enfants, tous morts d'athrepsie ou de convulsions de un à trois mois ;

3° En 1882 et 1886, deux filles ayant présenté à l'âge de 3 ans et présentant encore des manifestations syphilitiques pour lesquelles elles ont été et sont encore soignées à Broca.

Cela fait donc un bilan de dix grossesses. La seule ayant abouti à un enfant viable et sain est celle qui coïncida avec la seule période de traitement sérieux.

En 1895, après vingt ans de rémission, la syphilis réapparaît sur notre malade sous forme d'une *hémiplégie* gauche, pour laquelle le professeur Jaccoud le soigne durant sept mois par frictions mercurielles. Il lui est resté de l'atrophie musculaire et un peu de talonnement en marchant. Les réflexes sont conservés.

Puis, en 1898, il se trouve à nouveau atteint de *syphilides* sur le tronc. Il présente également des *ulcérations* du scrotum, semblables à celles qui avaient été soignées à l'hôpital du Midi. M. Thibierge, à la Pitié, lui fait alors quinze piqûres d'huile grise et quinze de calomel. Stomatite. Les lésions disparaissent, mais pour se montrer à nouveau il y a un mois, accompagnées de douleurs osseuses et de syphilides de la nuque. Il reste quinze jours chez M. Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu, où on lui fait quatorze piqûres de biiodure qu'il ne peut supporter.

Enfin, le 4 juin dernier, il entre à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a trois semaines, étant encore chez M. Dieulafoy, il lui est survenu sur l'extrémité de la face supérieure de la langue une petite lésion non douloureuse qui est allée en grandissant. A l'heure actuelle, cette lésion est rigoureusement *annulaire* et de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Elle présente l'aspect d'une plaque de *glossite dépapillante*, bien circinée et non érosive. A son centre les papilles paraissent respectées sur l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Sa portion excentrique, qui forme anneau, est lisse, et offre le brillant de la face interne d'une joue normale. Sur cette surface on aperçoit

deux ou trois crevasses très fines et presque linéaires, légèrement douloureuses.

Le malade est chiqueur; il a, en outre, de la leucoplasie plus accentuée par placards sur la face interne des joues et des lèvres.

La syphilis se manifeste encore sur lui par des syphilides papulo-tuberculeuses ou psoriasiformes, éparses sur les fesses et le cou.

M. Besnier. — Même aux périodes avancées de la syphilis, les lésions érosives des lèvres, de la face interne des joues, de la langue doivent être tenues comme suspectes au point de vue de la contagiosité, et c'est un devoir d'en informer les sujets qui les présentent.

Trois cas d'ichtyose dans une famille d'hérédité mixte tuberculo-syphilitique. A propos du diagnostic de l'origine des stigmates de dégénérescence héréditaire (hérédo-syphilis et hérédo-tuberculose).

Par M. Gastou.

Les trois enfants que je présente à la Société sont des cas d'ichtyose typique, d'ichtyose vulgaire, non congénitale, survenue chez les trois malades quelques mois après la naissance. Le seul intérêt de ces cas est dans l'association chez les générateurs de deux maladies produisant l'une et l'autre des modifications dans la descendance : l'une pouvant se transmettre en nature, la syphilis, l'autre pouvant le faire également, mais beaucoup plus rarement, la tuberculose. Toutes deux amenant chez les descendants des modifications spéciales du terrain individuel le rendant soit apte à des prédispositions, soit propice à des modifications organiques du groupe des malformations ou dystrophies, soit laissant à la suite de leur évolution intra-utérine des signes ou modifications individuelles pouvant porter sur tous les organes, en particulier sur le système nerveux et la peau, et dénommées d'une façon générale *stigmates héréditaires.*

Voici l'histoire clinique résumée des trois enfants.

Ils sont atteints tous trois d'ichtyose, mais à des degrés moindres.

L'aîné, P..., âgé de 12 ans, a tout le corps atteint; l'affection a commencé par la face, mais il présente en outre depuis quelques années un prurigo chronique, avec lichénifications, beaucoup plus accentué l'hiver que l'été. En dehors de l'ichtyose, du prurigo et de souffles anémiques au niveau de l'artère pulmonaire et des vaisseaux du cou, il ne présente aucun stigmate, aucune dystrophie, aucune lésion organique. Les réflexes et la sensibilité sont normaux, l'intelligence bonne. Il n'y a, pas plus chez lui que chez son frère et sa sœur, de lésions dentaires.

J..., frère du précédent, 9 ans, présente également de l'ichtyose limitée aux membres, au tronc, beaucoup moins accentuée à la face. Il n'a aucune autre altération cutanée ou viscérale. Dentition normale. Pelade depuis quelques jours seulement.

L..., sœur des précédents, n'a d'ichtyose que sur les bras et les jambes. Agée de 7 ans, elle a été soignée pour des adénopathies cervicales qui n'ont pas suppuré, et il y a quelques mois pour une pleurésie gauche. État général bon ; aucun stigmate dystrophique à signaler. Bonne dentition.

L'observation de ces enfants n'offrirait aucune particularité saillante, n'était l'étude des antécédents héréditaires.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel acnéique et couperosique. Grand'mère maternelle morte de tuberculose pulmonaire. Père mort jeune, soigné autrefois par M. le Dr Hallopeau pour une syphilis acquise. Il s'est marié dix ans après avoir contracté sa syphilis, s'étant bien traité et n'ayant jamais eu d'accidents sérieux ou graves.

La mère des enfants a eu quatre grossesses, sans fausses couches. Les trois premiers enfants sont ceux dont nous avons parlé ci-dessus ; la quatrième, une fille, est bien portante. Tous ces enfants sont venus à terme ; la mère les a nourris. Elle était déjà atteinte de tuberculose pulmonaire depuis longtemps, ce qui ne l'a pas empêchée de nourrir encore sa quatrième fille qui, elle, ne présente ni ichtyose, ni particularités à signaler.

Comme on peut le voir, l'histoire clinique de ces cas est intéressante :

1° Parce qu'elle montre une atténuation progressive de la dystrophie cutanée : l'ichtyose (qui n'existait pas dans les ascendants), au fur et à mesure des naissances successives ;

2° Parce qu'elle est un de ces cas d'association si fréquente de facteurs héréditaires multiples de dystrophies et malformations ; ici : la tuberculose chez la mère et la syphilis chez le père.

Ces associations rendent le diagnostic de la nature et de l'origine de l'hérédité des plus difficiles. Il y aurait lieu d'établir dans l'avenir le tableau différentiel des stigmates et dystrophies que peuvent produire chez les descendants la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme ou toute autre infection ou intoxication des ascendants. Il faut tenir compte dans l'étude des stigmates et dystrophies : 1° de la part qui revient à la transmission en nature, véritable contagion *in utero* ; 2° de la part attribuable à une simple modification du terrain des parents ne transmettant alors que des prédispositions ou malformations qui seules caractérisent véritablement l'hérédité morbide et ne sont pas l'apanage d'une infection ou d'une intoxication spéciale, mais peuvent être produites par toutes. A la première se rattacheraient les stigmates : qu'ils soient syphilitiques, héréditaires ou tuberculeux héréditaires. Aux secondes se rapporteraient les dystrophies et malformations par hérédité syphilitique ou tuberculeuse : telles par exemple que l'ichtyose observée chez ces trois enfants.

Stigmates ou dystrophies étant deux choses tout à fait différentes :

les uns indiquant une contagion en nature intra-utérine, les autres des troubles de l'évolution normale en rapport avec l'altération du terrain des parents et ne constituant qu'une hérédité viciée.

Idrocystome.

Par M. Hudelo.

Parmi les affections des glandes sudoripares qu'il est donné d'observer à l'époque des chaleurs estivales, l'idrocystome, décrit par A. Robinson, est une des plus rares. Nous avons eu la bonne fortune d'en rencontrer ces jours-si à la consultation de cet hôpital un cas des plus nets, que j'ai l'honneur de vous présenter.

Mme X..., âgée de 58 ans, exerçant la profession de femme de ménage, vient consulter pour une éruption qui occupe le visage exclusivement. La maladie s'est manifestée pour la première fois l'été dernier, dès les premières chaleurs, avec les mêmes caractères objectifs qu'elle présente aujourd'hui ; toutefois les éléments éruptifs étaient beaucoup moins nombreux, beaucoup plus discrets ; elle a persisté pendant tout l'été pour rétrocéder à l'automne et disparaître pendant tout l'hiver, et ne reparaître cette année qu'avec les premières chaleurs.

Cette éruption est, avons-nous dit, exclusivement faciale ; elle occupe particulièrement la partie inférieure du pont entre la racine des sourcils, la partie supérieure du dos et des faces latérales du nez, la partie antérieure des joues, les sillons naso-géniens ; quelques éléments sont également semés sur la lèvre supérieure. Rien à la lèvre inférieure, ni au menton.

Intégrité absolue du reste du corps ; rien aux doigts, ni aux orteils en particulier.

L'éruption est formée d'éléments isolés, juxtaposés, et faisant une légère saillie, appréciable à la vue et au toucher, de manière à donner à la peau un aspect granité et rude des plus nets. Chaque élément forme un nodule, du volume d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, enchâssé dans le derme, de consistance dure ; la coloration en est grisâtre ou blanc jaunâtre, un peu translucide.

Si l'on vient à piquer ces nodules, il en sort un liquide limpide, clair comme de l'eau, à réaction un peu acide, non visqueux.

La malade n'accuse aucun symptôme fonctionnel et notamment aucun prurit. Elle transpire abondamment de la tête et du visage, sauf au niveau des parties atteintes par l'éruption.

Ajoutons qu'on trouve, épars au niveau des régions atteintes, 5 à 6 grains de milium, reconnaissables à leur couleur blanche, à leur contenu sébacé ; ils sont antérieurs à l'affection actuelle.

Il s'agit évidemment d'une dilatation kystique des canaux sudoripares excréteurs. La topographie exclusivement faciale avec intégrité des mains et des pieds, le siège dermique des lésions, l'absence de

prurit et d'eczématisation permettent d'éliminer le diagnostic de dysidrose : c'est un cas d'idrocystome pur.

Syphilis maligne. Gomme géante sphacélique du mollet gauche. Signe de Robertson,

Par A. Fournier et O. Crouzon.

La malade que nous avons l'honneur de présenter est intéressante à deux points de vue : elle présente au mollet gauche une gomme de dimensions extraordinaires qui cause une véritable mutilation ; elle présente en outre, en dehors de tout autre signe de maladie organique du système nerveux, le signe de Robertson, que Babinski et Charpentier considèrent comme caractéristique d'une syphilis acquise ou héréditaire (*Soc. de dermatologie*, juillet 1897. *Société médicale des hôpitaux*, 17 mai 1901).

Voici, d'ailleurs, l'observation de notre malade :

T. A..., âgée de 39 ans, ménagère, entre le 18 mai 1901, salle Henri-IV, nº 4.

Les *antécédents héréditaires* n'offrent aucun intérêt.

Notre malade s'est mariée à 18 ans et demi. A eu 8 enfants bien portants.

Il y a quatre ans, son mari a été « malade de la verge » ; on l'a traité par des pilules. Il a eu, peu de temps après, un phlegmon cervical opéré à Saint-Antoine, puis une autre grosseur du côté opposé du cou, mais cette fois n'a pas été opéré. Un an après son affection de la verge, est mort presque subitement après deux heures de convulsions.

Vers l'époque où le mari présentait l'affection de la verge, la malade a été atteinte d'une éruption siégeant sur les membres inférieurs et sur la partie inférieure du tronc, éruption non prurigineuse qui s'est accompagnée de douleurs et de tuméfactions articulaires. Aucune éruption à la vulve ni à la bouche. Des maux de tête assez violents ont débuté à cette époque et n'ont pas cessé depuis. Traitement : pilules et iodure de potassium, d'abord à l'hôpital Saint-Antoine, puis en ville.

A cette époque, a eu des « glandes » au cou qui se sont ouvertes, puis, au niveau du coude droit, une ulcération qui a duré dix-huit mois. Une éruption est survenue dans les cheveux, puis les douleurs articulaires sont revenues. Enfin, depuis quatre ans, a été sujette à une série d'éruptions.

A la suite d'une dernière éruption survenue en janvier et généralisée à tout le corps, on l'a transportée à la Pitié, croyant à une variole. Le diagnostic a été rectifié et on l'a traitée par des pilules et de l'iodure.

A peine rentrée chez elle, elle sent se produire sur le mollet gauche une tuméfaction, puis plusieurs autres qui se réunissent. De là résulte une ulcération d'odeur très fétide. Insuccès du traitement (pilules et iodure de potassium). Se décide alors à entrer à l'hôpital.

État actuel (31 mai 1901). — *Syphilides pigmentaires du cou*, surtout marquées au niveau de la nuque et des parties latérales du cou.

Cicatrice sous-maxillaire, irrégulière, blanche ; autre cicatrice rétro-mastoïdienne ; autre cicatrice sur le coude droit, violacée.

Sur les mains droite et gauche, face dorsale, cicatrices violacées, irrégulières.

Sur le tronc et les bras, *éruption papuleuse* en voie de décoloration, semblant plus récente, de coloration cuivrée au niveau des avant-bras, de coloration plus brune sur le tronc.

Sur les membres inférieurs, cicatrices violacées irrégulières. Quelques-unes sont encore recouvertes de croûtes noirâtres.

Gomme du mollet gauche. — Elle siège sur la face postérieure de la jambe, empiétant légèrement sur la face externe, au niveau du tiers inférieur du mollet.

Elle a la forme d'un cercle ; le bord supérieur n'est pas absolument régulier, mais composé de quelques arceaux.

Les bords sont taillés à pic. Le fond est absolument noir avec çà et là un bourbillon jaunâtre. Au centre même, on aperçoit une surface rougeâtre qui est le muscle mis à nu.

L'odeur est fétide, gangréneuse ; — il s'en écoule un liquide séro-sanguinolent.

Le diamètre suivant l'axe de la jambe est de 9 centimètres. Le diamètre transversal est de 10 centimètres. La profondeur de l'ulcère est d'environ 2 centimètres.

État général. — La malade est considérablement affaiblie. Elle a maigri d'une dizaine de kilog. depuis quatre ans. Elle a quelquefois des frissons et de la fièvre le soir. Pas de troubles digestifs. Aménorrhée depuis le mois de janvier dernier.

Elle présente une *abolition des réflexes des pupilles à la lumière :* tout au plus existe-t-il à la lumière du soleil une faible contraction de la pupille gauche. L'accommodation est au contraire parfaitement conservée ; c'est donc le signe de Robertson.

Réflexes rotuliens et du tendon d'Achille normaux. Pas de troubles de la motilité, ni de la sensibilité.

Traitement. — Injections de 1 centigramme de calomel pendant quatre jours ; 4 grammes d'iodure de potassium.

Il est survenu au bout de quatre jours une stomatite intense, et depuis le traitement ioduré a été seul continué.

Traitement local : bains d'amidon ; pulvérisations phéniquées ; pansements à l'eau oxygénée. — Amélioration progressive.

Présentation d'un malade atteint d'une affection nasale dont le diagnostic est obscur.

Par M. Alex. Renault.

Examen histologique par M. Durante.

Le sujet, Autrichien d'origine et âgé de 28 ans, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, a été l'objet de diagnostics très divers.

Après l'avoir longuement étudié, j'hésite encore à dénommer son mal avec certitude, et c'est l'appoint de vos lumières que je viens solliciter.

Mais avant d'entrer dans la discussion si intéressante de ces diagnostics, permettez-moi de vous exposer en quelques mots la morphologie de l'affection.

Vous voyez d'abord sur le dos du nez une rougeur cicatricielle consécutive à une biopsie que M. le D[r] Baudet, assistant de chirurgie à l'hôpital Ricord, a bien voulu pratiquer. En ce point existait une nodosité semblable à celles que vous découvrez sur la portion externe de l'aile droite du nez.

Vous constatez en effet à ce niveau deux nodosités plates, rougeâtres, d'inégal volume, l'une lenticulaire, l'autre voisine du sillon naso-jugual et d'un diamètre un peu plus étendu.

A la pointe du nez, autre nodosité plus petite.

Enfin, à l'entrée de la narine gauche, une dernière nodosité rougeâtre et un peu croûteuse à la surface.

Toutes ces lésions, sauf la dernière, sont érodées sur une partie de leur étendue. Il y a même à la pointe du nez une véritable ulcération à fond grisâtre, que le malade prétend résulter de l'arrachement d'un lambeau de coton hydrophile qui servait au pansement.

Si vous examinez maintenant la face interne de l'aile droite du nez, la muqueuse vous apparaît rouge, épaissie, sèche, hérissée de petits mamelons, et cela aussi haut que vos regards peuvent porter. En face, la cloison est absolument intacte.

Dans la profondeur de la fosse nasale droite, il n'existe pas de lésions autres que celles perçues par l'examen, sans instruments.

Les D[rs] Didsbury et L. Hirschfeld, qui ont bien voulu explorer les profondeurs du nez, ont émis une opinion concordante à cet égard.

En raison de l'épaississement de l'aile atteinte, l'organe semble élargi dans l'ensemble.

En en prenant le bout entre les deux doigts, on sent une dureté particulière sur laquelle nous reviendrons, lorsque nous arriverons à la discussion du diagnostic.

Cette dureté, on ne la retrouve pas lorsque l'on touche chaque nodosité prise à part. Celles-ci donnent à peu de chose près la sensation de résistance du tégument normal.

Le malade n'accuse aucun trouble subjectif; il ne ressent aucune douleur au niveau des parties atteintes. Il ne se plaint que de moucher abondamment des mucosités fluides qui, pour lui, sont dues à une sécrétion surabondante des larmes.

Nulle part de symptômes morbides autres que ceux dont je viens de donner la description. J'ajoute même que l'état du sujet est excellent.

Eh bien, malgré la netteté des signes extérieurs, malgré leur

appréciation facile à l'aide de la vue et du toucher, le diagnostic de la lésion est hérissé de difficultés.

L'odyssée pathologique de cet homme en fournit le témoignage le plus frappant et vaut la peine de vous être contée.

Au mois de novembre 1898, il est atteint d'une ulcération de la pituitaire siégeant au niveau du cornet supérieur de la fosse nasale droite. Il est soigné sans succès à Lemberg, sa ville natale, jusqu'en mars 1899, par le Dr Mahl, spécialiste des maladies du nez et de la gorge, qui s'abstient de porter un diagnostic.

Il part pour Londres, où il est examiné à l'hôpital allemand de cette capitale par le D^r^ zum Busch, qui attribue le mal à la syphilis.

L'application d'une pommade et 3 grammes d'iodure de potassium, ingérés quotidiennement pendant quatre semaines, ne produisent aucun résultat.

Le Dr Busch se décide à exciser la lésion ; mais celle-ci se reproduit avec une grande rapidité.

Le malade entre alors dans un hôpital anglais destiné au traitement des maladies du nez et des oreilles.

Là, nouveau diagnostic de syphilis et reprise de 3 grammes d'iodure de potassium pendant quatre semaines.

Non seulement la médication échoue, mais, au dire du patient, l'ulcération d'abord circonscrite à l'étage supérieur de la fosse nasale descend peu à peu jusque dans le voisinage du rebord externe de la narine.

En présence de ce résultat négatif, notre homme prend le parti de quitter l'hôpital et de s'adresser à un spécialiste privé.

Cet autre confrère met la perte de substance sur le compte d'un coryza chronique et prescrit des lavages, dont l'efficacité est nulle.

En juillet 1900, apparaît sur le dos du nez une première nodosité, celle qui a été excisée à l'hôpital Ricord.

C'est au mois de novembre de la même année que se développent les deux tubercules aplatis, que vous voyez sur l'aile droite.

Enfin, au mois de janvier 1901, surgissent les deux nodosités dont l'une occupe le bout de l'organe et l'autre l'orifice de la narine gauche.

Le malade se décide à quitter Londres et arrive à Paris au mois de février dernier.

Il se présente d'abord à l'Hôtel-Dieu, où on l'examine assez superficiellement, et de là à Saint-Louis, où le médecin, qui le voit, diagnostique, avec quelques réserves cependant, la syphilis. Néanmoins 2 pilules de protoiodure et 3 grammes d'iodure de potassium sont prescrits quotidiennement.

En dépit du traitement continué pendant quinze jours, la lésion s'étend.

Le malade s'adresse alors à un autre médecin de Saint-Louis, qui

affirme sans restriction la syphilis et prescrit la continuation de la médication spécifique.

Peu de jours après, c'est-à-dire le 26 février, le malade entre à Ricord.

Malgré le respect que m'impose l'autorité scientifique des Maîtres de cet hôpital, je ne pus admettre, après interrogatoire du sujet et examen minutieux de la lésion, le diagnostic de syphilis.

Si la syphilis, me disais-je, était en cause depuis trois ans que le mal existe, nous trouverions des ulcérations profondes; le squelette du nez serait envahi; il y aurait eu déjà élimination de séquestres.

Cliniquement, nous ne constatons rien de semblable. La portion externe de la pituitaire est tuméfiée dans l'ensemble; mais il n'existe pas de pertes de substance. La cloison est intacte. A l'extérieur, de simples érosions, pas d'ulcérations, sauf une petite à la pointe.

Le malade nie, en outre, tout accident spécifique antérieur. On ne relève dans ses antécédents vénériens qu'une blennorrhagie disparue depuis sept ans.

A supposer que ses dénégations soient intéressées ou qu'il s'agisse d'une syphilis méconnue, il y a un fait évident : c'est que le traitement spécifique, intensif, essayé à diverses reprises n'a nullement modifié la marche et l'aspect des lésions.

Je ne cite que pour mémoire les hypothèses d'épithélioma, d'actinomycose, de lèpre; ni la clinique, ni l'examen microscopique ne justifient semblables opinions.

Je déclare que le diagnostic, que j'ai adopté après mûres réflexions, a été celui de tuberculose du nez.

Bien que la pointe de l'organe, prise entre deux doigts, offre une dureté particulière, je me basai sur la valeur de quelques petits points jaunâtres, aujourd'hui disparus; sur leur mollesse et leur facile pénétration par le stylet, ainsi qu'en témoigne encore une petite cavité située sur le nodule interne de l'aile du nez; sur la lenteur évolutive des lésions; enfin, sur les antécédents personnels et familiaux du sujet.

De 15 à 20 ans, pendant cinq hivers consécutifs, il a été douloureusement éprouvé par des engelures qui siégeaient aux mains et aux pieds.

En outre, il porte des taies sur la cornée, constatées par M. le Dr Terrien, à l'Hôtel-Dieu. M. Terrien considère ces taies comme des cicatrices de kératites phlycténulaires remontant à l'enfance et indices d'un tempérament scrofulo-tuberculeux. Enfin, un de ses frères est mort de tuberculose pulmonaire.

Je me ralliai donc franchement à l'hypothèse de bacillose, lorsque le hasard vint ébranler mes convictions.

Désireux de connaître l'état des parties profondes de la pituitaire,

j'adressai le malade à Lariboisière, à notre honoré collègue, M. le Dr Gouguenheim. Mais là, je ne sais pourquoi, il ne fut point examiné. On l'envoya directement à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier où M. le Dr Didsbury, après inspection minutieuse des fosses nasales, pensa qu'il se trouvait en présence d'un rhinosclérome.

Le rhinosclérome est presque inconnu en France : c'est une maladie que l'on observe en Autriche, dans la partie méridionale de la Russie et dans l'Amérique centrale. Personnellement je n'en ai jamais vu, et j'avoue que ce diagnostic ne s'était nullement présenté à mon esprit.

Restait à en faire le preuve. Car, à moins que les lésions du rhinosclérome ne soient fort avancées ou que des circonstances exceptionnelles vous aient permis d'en observer un bon nombre, il me semble pour ainsi dire impossible de l'affirmer cliniquement.

Dans notre cas, M. le Dr Didsbury tirait ses preuves de la dureté de l'appendice nasal et de la lenteur dans la marche de l'affection. Ces arguments ont sans doute une valeur incontestable, mais ils ne suffisent pas à asseoir le diagnostic. Il faut y joindre l'appoint indispensable de l'histologie et de la bactériologie.

Dans les tissus du rhinosclérome examinés au microscope, indépendamment de l'infiltration du derme par des cellules embryonnaires, de la sclérose des petits vaisseaux entourés de cellules rondes, lésions en quelque sorte banales, on trouve, à titre d'éléments caractéristiques, de grandes cellules contenant des boules hyalines et surtout des bacilles encapsulés, décrits par Frisch en 1882, bacilles qui, morphologiquement, ressemblent, à s'y méprendre, au pneumobacille de Friedländer.

Or, dans les préparations que vous pourrez voir au microscope, vous ne trouverez aucun de ces éléments caractéristiques.

Les coupes ont été faites et colorées par M. le Dr Durante, dont je n'ai pas besoin de faire valoir la haute compétence histologique. Nous les avons examinées l'un et l'autre avec le plus grand soin et nous n'y avons rencontré que les éléments ordinaires du follicule tuberculeux, c'est-à-dire : des cellules embryonnaires multiples ; d'autres, rappelant la configuration des cellules épithélioïdes ; enfin, quelques cellules géantes ; de grandes cellules à boules hyalines ; de bacilles encapsulés, point.

Mais, me direz-vous, ces éléments histologiques ne suffisent pas à caractériser la tuberculose. On peut les trouver dans n'importe quel tissu inflammatoire. Pour affirmer, il nous faudrait le bacille de Koch. Cela est vrai et ce bacille témoin, nous ne pouvons vous le montrer ; nos recherches sont restées vaines.

Quoi qu'il en soit, nos préparations ont été regardées par M. le professeur Cornil, qui a eu l'occasion de voir au microscope un grand

nombre de rhinoscléromes sur des pièces qui lui étaient envoyées par M. le Dr Alvarez (de San Salvador), et M. Cornil rejette sans hésiter ce diagnostic.

Sans vouloir affirmer la tuberculose puisque nous ne possédons pas le corps du délit, c'est plutôt de ce côté qu'il pencherait.

Il nous reste un moyen de savoir si telle est la nature réelle de la lésion, c'est l'inoculation au cobaye d'un lambeau cutané. Ce moyen, nous nous proposons de l'employer si le doute persiste dans votre esprit comme dans le nôtre.

Huiles biiodurées.

Par M. LAFAY.

A la suite de la communication de M. Brocq à la séance d'avril, j'ai entrepris l'étude de l'huile biiodurée afin de savoir s'il était réellement possible de dissoudre sans aucun adjuvant un centigramme de biiodure de mercure par centimètre cube d'huile.

Après de nombreux essais sur différentes variétés d'huiles, et en préparant moi-même mon biiodure, j'ai obtenu une réussite complète. Je mets de nouveau sous les yeux de la Société l'huile présentée déjà à la séance de mai, qui est parfaite de limpidité et de conservation, et qui contient cependant 0,01 de biiodure de mercure pour un centimètre cube d'huile, sans addition d'aucun autre produit.

Voilà un premier point relatif à la préparation de l'huile biiodurée. Permettez-moi de vous en soumettre un deuxième beaucoup plus important, à mon avis, en raison des conséquences thérapeutiques qui peuvent en résulter : il s'agit de la conservation des huiles biiodurées en général.

Mon attention fut appelée de ce côté — toujours à la suite de la communication de M. Brocq relative à l'huile biiodurée spéciale qu'il avait employée en voyant les changements survenus dans un flacon de cette huile mise en expérience, sous la seule influence d'une lumière diffuse telle que celle du laboratoire.

Ce produit devint nettement *verdâtre* dès le troisième jour — j'insiste sur ce chiffre, — cette teinte ne fit que s'accentuer très rapidement les jours suivants, pour aboutir au produit que vous voyez et qui contient un énorme dépôt de protoiodure de mercure déjà plus ou moins réduit lui-même.

Jusqu'à ce jour, en effet, mes confrères pharmaciens et moi avions coutume de délivrer indistinctement l'huile biiodurée en flacons blancs ou jaunes ; la constatation que je viens de faire en examinant cette huile spéciale prouve que nous avions tort, car ce qui est vrai pour elle l'est également pour les huiles biiodurées en général, mais la

réduction s'opère beaucoup plus lentement, témoin ce flacon que vous avez vu à la séance de mai et qui est très faiblement réduit par la lumière.

Voici au contraire un autre échantillon de la même huile à 0,01 par centimètre cube, que nous appellerons centésimale si vous le voulez bien (1/100), et qui est parfait de limpidité et de conservation, parce qu'il a été constamment maintenu dans un verre jaune.

Le fait n'a du reste rien de surprenant, car on sait que les iodures de mercure sont facilement décomposés par la lumière.

Il suffisait d'y penser.

Cette décomposition est-elle suffisante pour motiver l'accident relaté par M. Brocq ? Je ne le crois pas, mais elle a très bien pu être un adjuvant, au même titre qu'elle permet d'expliquer les nodosités qui ont été signalées d'une façon à peu près constante après les injections de l'huile incriminée (voir la communication de M. le Dr Jullien à la même séance).

Un autre remarque qui peut avoir également une certaine importance est la suivante : *un second flacon de cette huile, soigneusement enveloppé de papier noir*, avait été déposé dans un coin du laboratoire pour les recherches dont j'aurais pu avoir à m'occuper ultérieurement. Ce flacon, examiné au bout d'une quinzaine de jours, avait le fond complètement tapissé d'une belle couche rouge de biiodure. J'ai montré ce dépôt à plusieurs docteurs, membres de la Société.

Voilà deux constatations qui viennent s'ajouter aux théories émises relativement à la communication de M. le Dr Brocq.

Les conclusions pratiques qui résultent de ces diverses observations sont les suivantes :

1° Il n'est besoin d'aucun adjuvant pour obtenir de l'huile biiodurée centésimale, c'est-à-dire contenant 1 gramme de biiodure de mercure p. 100 c. cubes d'huile.

2° Qu'il s'agisse d'huile biiodurée à 5 milligrammes, ou à 1 centigramme par centimètre cube, on devra la conserver dans des flacons en verre jaune ou, mieux, *dans des flacons en verre blanc placés à l'abri de la lumière.*

3° Il est indiqué de ne pas prescrire de trop grandes provisions d'huile biiodurée dans un seul flacon afin de diminuer, autant que possible, les chances de contamination et d'altération

Sur la nature et le traitement de la contracture syphilitique du biceps.

Par M. CH. AUDRY.

Voici l'observation :

Jean X..., 28 ans, cordonnier, sans hérédité, a eu une blennorrhagie. En 1896, névralgie intercostale. En septembre 1900, adénite inguinale suppurée. Sans être franchement alcoolique, le malade peut passer pour buveur : un litre et demi de vin par jour et quelques petits verres de rhum. Du reste, d'apparence assez frêle ; il est nerveux et impressionnable.

Il entre à la clinique le 25 mars avec un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, dont le début remonte à plusieurs semaines. Peu de jours après, roséole, plaques muqueuses, etc. Le malade est pâle, anémié. Frictions mercurielles, etc.

Le 8 mai, le malade s'aperçoit tout à coup qu'il ne peut plus étendre complètement l'avant-bras gauche sur le bras, ni le mettre en flexion complète. Les mouvements extrêmes de flexion et d'extension sont arrêtés par une vive douleur. Les mouvements moyens ne sont pas douloureux. A l'examen, le biceps est ferme, tendu, mais à peu près indolent. Il existe un peu de douleur au niveau de l'olécrâne et de l'épicondyle, mais aucun signe objectif ou subjectif d'arthrite du coude. Le 9, même état. A l'examen électrique fait au service électrothérapique, on constate seulement une hyperexcitabilité musculaire généralisée sans que le biceps offre par lui-même d'anomalie appréciable. Le même examen refait au bout de sept jours a donné les mêmes résultats.

L'examen du champ visuel, fait à la clinique ophtalmologique, ne révèle qu'un très faible degré de rétrécissement, qui ne peut passer pour une anomalie hystérique. Exagération du réflexe rotulien; atténuation du pharyngé. Aucun trouble de la sensibilité. En somme, pas de signes nets d'hystérie vraie, mais état nerveux anormal, hyperexcité.

Le 10 mai, je fais dans l'épaisseur du biceps une injection de 2 centimètres cubes d'eau distillée. Soulagement immédiat. Le lendemain, les excursions extrêmes du membre sont encore gênées, mais moins. Nouvelle injection semblable, répétée le 12 et le 13.

Le 11, les mouvements sont presque revenus à la normale ; douleur disparue. Trois jours après, tout est rentré dans l'ordre.

L'observation est conforme au type classique. Mais la coexistence de phénomènes nerveux, d'ailleurs légers, et surtout la guérison rapide et complète sous l'influence des injections intra-musculaires d'eau distillée, me portent à croire que de tels cas ne doivent pas être considérés comme relevant d'un processus de myosite. Le début et la disparition si brusque, l'absence de toute modification dans la consistance permettent de n'y voir qu'un phénomène de pure contracture d'origine nerveuse, un accident d'hystéro-syphilis en un mot.

Au point de vue pratique, ce petit procédé serait précieux s'il était

toujours aussi efficace. On voit dans les livres qu'une contracture du biceps dure de deux à cinq mois. Sans doute il existe des cas légers, mais rien ne nous permet de croire que le nôtre dût en être, et en tout cas, il a évolué avec le maximum de simplicité.

Lupus pernio typique.

Par M. Danlos.

(Observation recueillie par M. Bloch, interne du service.)

La nommée P. L..., 38 ans, entrée le 17 mai 1901.

Parents morts de cause inconnue, le père à 52 ans, et la mère à 67 ans.

Une sœur bien portante.

A toujours été bien portante.

Est mariée depuis l'âge de 18 ans ; a eu 9 enfants dont un est mort à 4 mois d'une fluxion de poitrine. A fait une fausse couche de 2 mois.

Les autres enfants sont bien portants.

Habite la Saône-et-Loire, près d'Autun. N'a jamais quitté son pays.

Son mari a toujours été bien portant.

Pas de syphilis, ni tuberculose, ni alcoolisme, semble-t-il.

La malade a eu fréquemment des engelures dans sa jeunesse.

Il y a cinq ans, elle s'est aperçue que les troisième et quatrième orteils du pied droit grossissaient. Deux mois après, elle a vu apparaître une petite écorchure à l'orifice de la narine droite, à la suite de laquelle de la rougeur s'est développée sur la moitié droite du nez, puis a gagné tout le nez et, enfin, les deux pommettes.

Il y a trois ans, un érysipèle aurait apparu sur toute la face et aurait duré huit jours. A ce moment également la malade remarqua que le médius de la main droite enflait peu à peu sans douleur, avec rougeur violacée pendant le froid; puis le médius et l'avant-dernier doigt de la main droite se prirent également.

Peu à peu la teinte violacée du nez a gagné aussi la lèvre supérieure.

Depuis trois ans, il existe de l'induration du nez et de l'infiltration de voisinage. Les lésions n'ont guère progressé depuis lors. Pas de douleurs. La teinte violacée disparaît, paraît-il, un peu en été. Epistaxis assez fréquentes.

État actuel. — Teinte violacée, asphyxique du nez et des régions malaires ainsi que de la lèvre supérieure, sans qu'il y ait de limites précises. Varicosités nombreuses. Augmentation de volume du nez et gonflement léger des paupières inférieures. État légèrement squameux des orifices des narines et de la lèvre supérieure. Dilatation manifeste des orifices pilo-sébacés. Pas de comédons cornés. On remarque trois à quatre points jaunâtres disséminés sur le nez et qui semblent être du milium.

A la palpation, induration notable des ailes du nez sans abaissement de température et gonflement de toute la surface des narines. Sur la joue droite, dans presque toute l'étendue du mal, on sent une plaque dure doublant profondément la peau violacée avec laquelle elle fait corps. De

même sur la joue gauche ; mais de ce côté la doublure profonde, *indurée*, déborde la teinte asphyxique dans une assez grande étendue. Le lupus, au niveau de ce prolongement, est pour ainsi dire hypodermique, la peau qui le recouvre ne présentant pas d'altération apparente.

Au niveau de la main droite, le médius est très gonflé, fusiforme, en radis. De même le médius de la main gauche. L'avant-dernier doigt de la main droite est gonflé également, mais moins que le médius. A la palpation, empâtement sans douleur. Par la flexion du médius on perçoit par instants, dans l'articulation métacarpo-phalangienne, quelques froissements amidonnés. Teinte légèrement violacée au niveau du médius gauche et sur le dos de la main. La teinte violacée est peu nette à droite.

Au pied droit, les troisième et quatrième orteils sont augmentés de volume, violacés, légèrement excoriés (lupus et probablement lésion osseuse analogue à celles des mains).

Pas de troubles de la sensibilité.

Pas de ganglions ; pas d'hypertrophie de la rate et du foie.

Rien à l'auscultation.

Globules rouges, 5,425,000 ; globules blancs, 7,130 ; lymphocytes, 8 p. 100 ; leucocytes mononucléaires, 10 p. 100, leucocytes polynucléaires, 74 p. 100 ; éosinophiles, 3 p. 100.

La malade a été soumise au traitement de Finsen et à des applications de radium, encore trop récentes pour avoir donné un résultat.

A propos de ce cas type, nous ferons remarquer après d'autres (Tenneson) que c'est à tort que l'on rattache le lupus pernio au lupus érythémateux. Outre la varicosité anormale qui est son caractère le plus saillant, il se distingue du lupus érythémateux par les trois caractères suivants :

1° Pas d'altération épidermique superficielle comme dans le lupus érythémateux, partant pas d'encroûtement épidermique des orifices pilo-sébacés qui sont au contraire anormalement dilatés (aspect de peau d'orange) ; pas de comédons cornés.

2° La lésion est beaucoup plus profonde que dans le lupus érythémateux. L'infiltration, en nombre de points, dépasse l'épaisseur du derme et forme à la peau une véritable doublure indurée.

3° Sur quatre cas de lupus pernio (celui-ci compris) dont le musée de Saint-Louis possède le moulage, trois fois les doigts ont présenté des déformations cliniquement analogues ou même identiques avec celles que détermine le spina-ventosa. C'est là une particularité très spéciale et qui fait du lupus pernio un type morbide bien distinct.

Nous avons examiné radioscopiquement les os présumés malades, et à notre grande surprise nous n'avons pas constaté sur l'écran d'altération appréciable. Le volume des phalanges était normal et leur contour régulier, sans modification sensible. Même constatation sur les épreuves radiographiques. Cette intégrité des os n'est probablement qu'apparente et tient à ce que la lésion est plutôt périostique (voir

au musée de l'hôpital Saint-Louis la radiographie et le moulage).

M. Gastou a fait l'examen histologique d'une biopsie pratiquée sur la malade.

M. Gastou. — L'examen histologique a porté sur la joue gauche, le fragment de peau ayant été pris le plus profondément possible. Le tissu s'est mal inclus et la coupe en a été difficile. La coloration de Ziehl, pratiquée sur plusieurs coupes, n'a pas démontré la présence du bacille de Koch ni d'aucun élément parasitaire.

Dans sa configuration générale, la lésion ne ressemble ni au lupus tuberculeux, ni au lupus érythémateux. Il n'y a pas un grand nombre de cellules géantes; on en rencontre à peine quelques-unes situées aussi bien dans les parties superficielles que dans les parties profondes de la préparation. L'infiltration cellulaire présente deux caractères opposés : une diffusion sans systématisation nette et des agglomérations volumineuses qui donnent à la lésion son caractère essentiel.

L'épiderme est aminci, sans particularités notables à signaler. Les papilles sont plates, peu saillantes, mais dans leur région et immédiatement au-dessous de l'epiderme existe une pigmentation qui s'étend assez profondément dans le tissu. Cette pigmentation est d'origine sanguine; elle est produite de deux façons différentes, soit par du pigment granuleux, soit et surtout par une désintégration et une transformation des globules rouges. En certains points ceux-ci forment des amas, des lacs, des nappes infiltrantes sur les limites desquelles on voit l'altération aboutir à la transformation pigmentaire. Il est difficile de déterminer exactement la nature de la variété de nécrose ou de dégénérescence qui a frappé toute la couche papillaire. Ce n'est ni de la dégénérescence caséeuse, ni de la dégénérescence hyaline. C'est plutôt une dégénérescence vitreuse, une sorte de nécrose de coagulation.

Une autre particularité très marquée, est également à ce niveau et dans toute l'étendue de la coupe, une augmentation de nombre, et un épaississement des fibres élastiques très prononcé, donnant une apparence réticulée tout à fait spéciale.

Dans la couche papillaire et les couches sous-jacentes, les vaisseaux veineux et lymphatiques sont très dilatés, ces derniers moins nombreux que les premiers qui sont entourés de zones d'infiltration cellulaire plus condensée à leur niveau et formant manchon : véritable périphlébite.

La nature des cellules infiltrantes est variée. En certains points les plasmazellen se rencontrent par amas, tandis qu'en d'autres ce sont les cellules à gros noyaux à protoplasma peu abondant du type lymphocyte.

Ces lymphocytes sont l'élément essentiel des nodules qui forment l'élément caractéristique de l'altération rencontrée dans ce lupus pernio.

Ces nodules, de dimensions petites, rares dans la couche papillaire où ils semblent être en rapport avec les lymphatiques, sont au contraire très nombreux et très volumineux dans les parties les plus profondes de la coupe où ils siègent tantôt au voisinage des nerfs, très abondants et altérés dans la préparation, tantôt au voisinage des glandes sudoripares

dont quelques-unes sont complètement noyées dans l'infiltration cellulaire, tantôt groupés sans systématisation aucune.

Il est difficile de décrire l'aspect de ces nodules : on peut dire qu'ils ressemblent aux amas lymphoïdes de la muqueuse intestinale ou qu'ils donnent l'impression de tissu adénoïdien splénique ou ganglionnaire.

Ce sont des amas de cellules à gros noyaux, très serrées, séparées par un tissu nécrosé dans lequel se voient quelques rares vaisseaux. Au centre de quelques-uns de ces amas nodulaires existe un début de caséification pas toujours très net à saisir, mais sans cellules géantes apparentes.

La structure de ces nodules est-elle en rapport avec l'existence de lymphatiques, cela est possible et probable de par le siège sous-papillaire et le voisinage des glandes et des gros vaisseaux artériels. Ce qu'on peut affirmer, c'est la transformation en tissu réticulé et lymphoïde de la peau dans ce cas de lupus pernio, transformation qui fait ressembler les coupes à celles d'un mycosis fongoïde et permettrait d'appeler ce lupus : lupus type mycosique, ou lymphadénique. Dénomination que paraissent justifier les altérations osseuses (spina-ventosa) que présente la malade.

M. Darier. — Sur les coupes que je viens d'examiner, on constate une accumulation de tissu tuberculeux en différents points du derme et, en particulier, dans la profondeur. Il s'agit donc d'une tuberculose de la peau.

M. Leredde. — Voici un cas où l'inoculation au cobaye serait tout à fait utile. Certaines affections que l'on croyait étrangères à la tuberculose de la peau sont des formes de celle-ci. Par exemple l'érythème de Bazin. Bœck, moi-même en avons fait une forme de tuberculide ; la nature tuberculeuse directe a été démontrée par Thibierge et Ravaut, grâce à l'inoculation à l'animal. Pour toutes les formes de tuberculides, cette recherche devient d'un intérêt extrême.

Exanthème antipyrinique.

Par M. Danlos.

X... se présente, le 31 mai, à la consultation à Saint-Louis, ayant depuis le matin ses règles et une éruption exanthématique généralisée. Cette éruption formée de nappes rouges à contours distincts par places, confus sur d'autres points, occupe le tronc et les membres en presque totalité. La figure, les mains, les pieds et la partie adjacente des membres sont relativement respectés ; la muqueuse bucco-linguale est intacte. La malade a ressenti depuis la veille et a peut-être encore un léger mouvement fébrile. Sur la teinte rouge générale se détachent en divers points, notamment sur le bas-ventre et les fesses, des soulèvements épidermiques bulleux à bulles ridées flasques, isolées ou groupées, au niveau desquelles le derme sous-jacent montre par transparence une teinte bistrée. En quelques points des taches bistrées qui ne sont pas surmontées de bulles. Quelques-unes d'entre elles seraient le vestige d'une éruption antérieure analogue à celle qui

existe aujourd'hui. La teinte bistrée rappelant absolument l'apparence classique des éruptions d'antipyrine, nous avons interrogé la malade dans ce sens et nous avons appris d'elle que, sujette à des migraines prémenstruelles, elle avait pris la veille au soir trois cachets d'antipyrine (dose inconnue). Une demi-heure après, elle avait ressenti une impression de froid, puis de la fièvre et, le lendemain matin, l'éruption existait avec les caractères indiqués plus haut. Deux fois déjà dans les mêmes conditions la malade avait eu semblable éruption ; mais on n'avait pas songé à incriminer l'antipyrine. L'exanthème général, après avoir duré quatre ou cinq jours, avait entièrement disparu au moment de la présentation à la Société. Il ne restait comme vestiges que les taches brunes et des bulles incomplètement affaissées. La fièvre initiale n'a pu être constatée thermométriquement à l'hôpital. On n'a pas pu malheureusement rechercher l'antipyrine dans les urines et dans les bulles. Celles-ci paraissent plus nombreuses sur les points de pression (fesses), mais n'y étaient pas exclusivement limitées. La recherche du signe de Nikolsky a été négative. Au moment où la malade a été présentée, il n'y avait pas encore de desquamation.

M. Leredde. — A-t-on recherché la présence de l'antipyrine dans le liquide des bulles ? Cette recherche a parfois été positive.

M. Danlos. — Cela fut impossible à cause de l'excoriation des bulles.

M. Besnier. — Depuis que M. Brocq nous a appris à connaître les *antipyrinides*, tous les dermatologistes ont constaté leur fréquence, et reconnu les dyschromies qui leur succèdent, et qui persistent souvent fort longtemps.

M. Baudouin. — Je les ai vues se produire toujours dans la même région du corps chez une même personne.

M. Besnier. — C'est, en effet, un de leurs caractères classiques.

M. Fournier. — Elles peuvent se produire sur la verge, sur le prépuce ; elles consistent, alors, en de fines vésicules laissant de petites ulcérations dont le diagnostic est parfois embarrassant.

Un cas de « pian-bois » (lymphangite nodulaire suppurative et ulcérante de la Guyane).

Par MM. Darier et de Christmas.

Il règne à l'heure actuelle une grande confusion au sujet des maladies tropicales qu'on a désignées sous les noms de *pian*, *yaws*, *boubas*, *craw-craw*, etc. Souvent des cas tout à fait disparates ont été décrits sous une même dénomination ; parfois même il s'agissait vraisemblablement de formes méconnues de syphilis, de tuberculose cutanée ou de lèpre.

Il y a donc lieu, toutes les fois que l'on a l'occasion de rencontrer un

exemple d'une de ces maladies tropicales peu connues, d'en pousser l'analyse aussi loin que possible.

Notre patient, homme des plus intelligents, s'est prêté à notre enquête de la meilleure grâce du monde et avec un grand dévouement à la science. Il y a été moulé par Baretta, photographié et a fait l'objet de recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales qui sont en cours d'exécution.

Voici tout d'abord son observation :

M. M. G..., âgé de 32 ans, a toujours été bien portant, excepté une fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans. Jamais de syphilis ; aucun signe de tuberculose. Il a fait trois voyages dans l'intérieur des Guyanes en 1895-1896, 1897-98 et 1900-1901. A eu de nombreuses attaques de malaria pendant ses deux premiers voyages, moins fréquentes, grâce à l'emploi de la quinine à doses préventives, pendant son troisième séjour. Depuis son retour en Europe, il n'a plus eu d'attaques de fièvre.

La maladie actuelle date de sa descente des grands bois de l'intérieur des Guyanes, au début de la saison des pluies (1er février 1901).

La maladie a débuté par une petite nodosité de couleur violacée, non ulcérée, légèrement indurée, située sur le dos de la main droite. Peu après, une autre pareille s'est développée sur l'avant-bras gauche. Ces nodosités se sont ulcérées quelques jours plus tard, et il s'est formé deux ulcérations superficielles de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

L'apparition de ces nodosités ne s'est accompagnée d'aucun phénomène de douleur ou de prurit. Il souffrait à ce moment d'une anémie profonde, avait des accès de fièvre et des crampes dans les jambes qu'il attribue à la malaria. On ne peut donc pas dire qu'il y a eu des troubles prémonitoires ou initiaux de la santé générale imputables à sa maladie nouvelle.

A l'arrivée à Cayenne, le 1er mars 1901, les ulcérations, légèrement agrandies, ont été reconnues comme étant des lésions du *pian-bois*, maladie très fréquente au début de la saison des pluies chez les ouvriers des placers, les prospecteurs et les coureurs des bois ; maladie complètement inconnue chez les Européens n'ayant pas pénétré dans les forêts vierges, connue en Guyane hollandaise sous le nom de *boussy-yassi*.

Les lésions ont été traitées à l'hôpital d'Albina (Maroni) le 17 mars 1901 par le curettage à la cuiller tranchante et l'application de différents antiseptiques. Malgré ce traitement, les ulcérations se sont agrandies ; elles sont restées atones, en dépit de cautérisations au nitrate d'argent ; elles ont atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs. Entre temps il s'est formé d'autres nodosités, non ulcérées, sur les deux bras, ainsi que des chapelets de petites indurations le long des vaisseaux lymphatiques des deux bras.

Le malade a suivi différents traitements : bains de mer prolongés, iodure de potassium (5 grammes par jour), sans aucune amélioration. Sur le conseil d'un spécialiste à New-York, on a remplacé les pansements au sublimé par l'ichtyol, dont l'effet est également resté nul.

Le traitement commencé à Paris le 26 mai 1901 a consisté en cautérisations ignées de toute la surface des ulcérations après désinfection au phénosalyl et en application journalière d'une pommade composée de perchlorure de fer, vaseline et lanoline à parties égales.

Ce traitement, renouvelé matin et soir, semble amener une rapide guérison des plaies.

État actuel. — L'état général du malade est bon. L'analyse du sang n'a rien donné d'anormal. Les dimensions du foie et de la rate sont normales. La composition de l'urine est normale.

Au dos de la main droite se voit la lésion la plus ancienne; elle se présente sous l'aspect d'une ulcération ovalaire transversale de 30 millimètres de long sur 15 de large ; sa bordure est sinueuse, élevée en un bourrelet qui est taillé à pic du côté de la perte de substance. La surface de l'ulcère est d'un rouge vif, granuleuse ou chagrinée comme du maroquin, et sécrète un peu de sérosité jaunâtre. Par la pression entre deux doigts on ne fait sourdre à sa surface aucune goutte de pus ou de sérosité et l'on constate qu'à sa base il n'y a qu'une induration très modérée ; cette pression est peu douloureuse. La cicatrisation marche rapidement sous l'influence de la pommade au perchlorure et fait des progrès journellement appréciables. La peau voisine est en état de dermite légère due au pansement.

L'ulcération de l'avant-bras gauche siège sur le bord cubital ; elle est de la grandeur d'une pièce de 2 francs; quoique nous la qualifiions du nom d'ulcération, elle est aujourd'hui épidermisée dans presque toute son étendue. Sa surface est lisse ; les bords sont plans ; il n'y aucune induration sous-jacente, aucune pigmentation au pourtour.

L'examen histologique, encore incomplet à la vérité, d'une portion biopsiée de l'ulcère de la main et de son bourrelet n'a montré jusqu'ici que les caractères d'une plaie simple en voie de cicatrisation sans rien de spécial.

Rappelons que ces deux lésions ont subi des traitements énergiques, notamment par le thermocautère, ce qui doit en avoir modifié très profondément les caractères.

Plus intéressantes et plus caractéristiques sont les lésions plus jeunes qui s'échelonnent à partir des ulcérations jusqu'aux aisselles. Il n'en existe pas une seule dans la portion des membres supérieurs située au-dessous des ulcères, c'est-à-dire sur les doigts de la main droite et sur toute la main gauche. Il n'en existe sur aucune autre région du corps.

Les lésions des avant-bras et des bras consistent en nodules sous-cutanés de dimensions variant entre celles d'un très petit pois et d'une demi-noix. Elles sont manifestement disposées en séries le long des troncs lymphatiques principaux des membres et, de chaque côté du pli du coude par exemple, sont assez rapprochées pour donner, au palper, la sensation d'un cordon noueux ou d'un chapelet sous-cutané à grains un peu inégaux. Les nodosités les plus petites et les plus récentes sont fermes, indolentes et sans changement de coloration de la peau à leur niveau; les moyennes, du volume d'un gros pois, sont plus molles, font une saillie appréciable et sont couvertes d'une peau rosée. Les plus grosses, notamment trois lésions siégeant près du pli du coude gauche, sont molles, fluctuantes, un peu douloureuses; la peau est amincie, mais

sans squames, violacée ; leur aspect est celui de gommes prêtes à s'ouvrir. Quelques nodosités de petit volume s'étendent jusqu'aux ganglions axillaires qui sont indurés et augmentés de volume à un léger degré, un peu plus à droite qu'à gauche.

Le *pian-bois*, au dire de notre patient, ne se gagnerait que dans les forêts et exclusivement au début de la saison des pluies. Il est très connu en Guyane ; les travailleurs peuvent le transporter à la Martinique et à la Guadeloupe, mais la maladie ne s'y propagerait pas. D'ailleurs, elle ne paraît pas contagieuse par contact ou cohabitation. Le fait qu'un malade transporté hors des forêts ne crée pas un foyer d'épidémie plaide contre la transmission par les moustiques que l'on est si enclin aujourd'hui à accuser d'une façon banale.

M. G... ne croit pas qu'il y ait d'exemple de pian-bois sur les animaux. Toutes les races d'hommes y sont exposées. Il frappe les régions découvertes, le plus souvent la face ou les jambes chez les nègres, jamais les muqueuses. Une première atteinte ne confère pas l'immunité ; les ouvriers refusent de retourner dans les placers où ils sont tombés malades, sachant qu'ils y seraient repris.

La maladie dure plusieurs mois, six mois environ, et guérit toujours, quelquefois avec mutilation du nez ou des lèvres, par exemple. On l'attribue dans le pays à des germes qui tomberaient sur la peau, entraînés par les premières pluies ; mais, au dire de notre malade, on ne remarquerait pas de porte d'entrée sous forme d'écorchure ou de piqûre d'insecte. L'incubation pourrait avoir une certaine durée.

En tous cas, il semble établi que la maladie commence bien par un nodule sous-cutané, qu'elle évolue comme une lymphangite nodulaire, que la peau n'est que secondairement envahie, et cela de dedans en dehors (comme dans la lymphangite chancrelleuse, par exemple); il ne s'agit donc pas ici d'une dermatose à proprement parler.

Nous ne nous attarderons pas à développer un diagnostic différentiel de la maladie pian-bois. Il ne saurait bien évidemment être question ici de syphilis, de tuberculose ou de lèpre.

La description du *pian véritable*, *frambœsia*, *yaws*, *bubas*, diffère à la vérité suivant les régions où on l'a observé et suivant les auteurs. Selon Jeanselme qui l'a récemment étudié au Laos, le pian est une dermatose infectieuse dont le début est marqué par de la fièvre, de la courbature et de la céphalée, qui atteint primitivement la face le plus souvent, qui est caractérisée par des vésico-pustules couronnant une base inflammatoire; sous l'influence du prurit, le malade l'excorie et met à découvert une surface végétante, villeuse, sécrétant une matière gommeuse qui se concrète en croûtes rupioïdes ; les éléments s'étalent et se multiplient, prenant souvent une forme annulaire. Le pian peut guérir sans cicatrice. Il ne frappe jamais les

muqueuses. Il procède par poussées successives et dure trois ans en moyenne. Une première atteinte confère une immunité définitive. Les animaux n'y sont pas sujets.

On voit combien le pian véritable, qui est une dermatose, diffère de notre pian-bois.

Le *craw-craw* est si mal déterminé que nous n'en pouvons rien dire.

Quant à la verruga péruvienne ou maladie de Carrion, elle n'a rien de commun avec le pian-bois.

Nous n'avons trouvé dans les auteurs que nous avons eus à notre disposition (Le Dantec, Patrick Manson, Scheube), aucune description qui se rapproche même de loin du cas de notre malade.

Les recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales, que nous avons commencées, seront continuées, et nous en communiquerons les résultats.

Le Secrétaire,

L. BRODIER.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Érythème induré.

Érythème induré des scrofuleux (A case of Erythema induratum scrofulosorum), par D. Doughty. *Scottish medical and Surgical Journal*, septembre 1900, p. 209.

Une jeune fille de 20 ans avait eu, deux ans avant, des accidents manifestes de tuberculose pulmonaire avec bacilles nombreux dans les crachats. Avec la vie au grand air et la créosote à l'intérieur, elle se remet complètement, la toux disparaît ainsi que les bacilles ; on ne trouve plus rien à l'auscultation.

Elle est prise en mai de douleurs dans les jambes et de fièvre ; on trouve les deux mollets couverts de nodules de volume variable, durs et de couleur violacée ; l'un d'eux présentait un orifice central d'où sortait une faible quantité de sécrétion ; d'autres, plus profonds, n'étaient perceptibles qu'à la palpation. Le salicylate de soude et l'iodure de potassium sont restés sans influence ; la maladie a évolué très lentement et trois mois après on en voyait encore des traces. W. D.

Érythromélalgie.

Nouvelles observations d'érythromélalgie (Recent experiences with erythromelalgia), par H. Elsner. *Medical News*, 16 mars 1901, p. 405.

E. rappelle un cas d'érythromélalgie avec gangrène du pouce qu'il a publié en 1897. Il rapporte deux nouveaux cas analogues.

I. — Un homme de 64 ans ayant eu la syphilis à 28 ans, a commencé en 1893 à souffrir de chaleur brûlante et de picotements dans le pied droit et notamment dans le deuxième orteil, survenant par accès. En 1894, la pulpe du gros orteil devient douloureuse et très sensible au toucher. On remarque alors que la douleur s'aggrave par la position déclive et s'accompagne de rougeur de la peau, de battements des artères et de sueurs locales profuses. Peu à peu les phénomènes s'aggravent et s'étendent à tout le pied droit et au pied gauche ; il y a de l'amaigrissement général et l'atrophie musculaire des deux jambes, surtout à droite, avec un tremblement rythmique des muscles des jambes. Les cautérisations le long de la colonne vertébrale et l'iodure de potassium procurent un soulagement passager.

En 1897, le malade n'a plus un instant de repos ; il reste couché la tête basse et les pieds soulevés par une montagne de coussins ; le moindre contact est insupportable. Le troisième orteil droit commence à se gangrener puis la gangrène gagne peu à peu les quatre premiers orteils et une partie du pied. L'atrophie musculaire s'accuse de plus en plus ; les artères pédieuse et tibiale postérieure ne battent plus; toutes les artères superficielles sont dures et inégales ; il n'y a pas de troubles des réflexes.

Le malade meurt d'épuisement en janvier 1898.

II. — Femme de 39 ans, non mariée, sans antécédents spéciaux héréditaires ou personnels. Depuis seize ans elle a commencé à souffrir de la pulpe de l'index gauche, la douleur s'aggrave à l'époque des règles et par la position déclive. Elle s'accompagne de rougeur, de chaleur et de gonflement de toute la main et notamment de l'index qui se couvrent de sueurs; les veines sont gonflées et les artères battent violemment; toute la main présente un tremblement rythmique. Depuis quinze ans la malheureuse ne peut pas se servir de son bras gauche qu'elle est obligée de tenir constamment élevé, parce que c'est le seul moyen d'atténuer un peu les douleurs. Les muscles du membre supérieur gauche sont atrophiés. Il y a dix ans, deux petites ulcérations à la face palmaire de l'index; il y a cinq ans, une petite plaque de gangrène à la pulpe; il en reste des cicatrices déprimées.

Pas de troubles des réflexes; pas d'altération des os.

On ampute l'index avec une partie de son métacarpien. Depuis lors, tous les troubles ont disparu.

L'examen microscopique a montré une légère endartérite des grosses et petites artères, mais pas de lésion appréciable des nerfs ou de leurs terminaisons.

E. fait une revue sommaire mais très étendue des cas d'érythromélalgie dans lesquels on a observé des phénomènes se rapprochant de la maladie de Maurice Raynaud. Il conclut que l'érythromélalgie n'est pas une entité morbide. W. D.

Fibromatose.

Fibromatose généralisée (Case of multiple fibromata of the nerves with arthritis deformans), par Preble et Hektoen. *American Journal of the medical Sciences,* janvier 1901, p. 1.

La malade est une femme de 35 ans dont les antécédents héréditaires ne présentent rien à signaler; on n'y trouve notamment aucun cas analogue de fibromatose. Dans son enfance, une première tumeur apparut sur le front et fut excisée. Peu après apparurent une série d'autres tumeurs sur le corps. Un peu plus tard survinrent des arthropathies et à l'âge adulte la malade eut une paraplégie probablement hystérique. Il y a deux ans, une tumeur s'est ulcérée sur la cuisse gauche et l'ulcère persiste.

La malade se plaint de douleurs dans l'abdomen et dans les membres inférieurs qui l'empêchent de marcher. Elle est très amaigrie et présente une cyphose lombaire progressive telle que, au moment de sa mort survenue peu après son entrée à l'hôpital, le menton arrivait presque à toucher le pubis. Son intelligence est normale, mais elle est un peu irritable.

Toute la peau est couverte de tumeurs du volume d'une tête d'épingle à une noix, sessiles ou pédiculées, généralement indolentes, couvertes d'une peau mince et ridée ; sur quelques tumeurs elle est lisse et tendue. Ces tumeurs ont de la tendance à s'arranger en lignes et sur le front elles forment un amas qui donne à la palpation la sensation d'un varicocèle. Pas de taches pigmentaires. A la face postérieure de la cuisse gauche est un ulcère large d'un demi-pouce et plus profond encore que large, douloureux.

Sous la peau on trouve des tumeurs fusiformes parallèles à l'axe du membre, mobiles transversalement mais non longitudinalement, indolentes.

Les mains sont déformées comme par l'arthrite déformante ; les genoux et les hanches sont ankylosés en flexion, de même que les épaules et les coudes.

Pas de paralysie ni d'anesthésie.

A la nécropsie on trouve une infinité de tumeurs ovoïdes ou fusiformes sur tous les nerfs rachidiens et des membres et sur leurs plus fines ramifications, de même que sur les nerfs des viscères émanés du grand sympathique. Ces tumeurs, blanches, lisses, fermes dépassent parfois le volume d'un œuf. Quelquefois elles sont assez nombreuses pour donner à un tronc nerveux la forme d'un chapelet de nodosités.

Les unes sont traversées par le nerf, d'autres sont cotoyées par lui, ce qui montre bien qu'elles sont développées dans ses membranes. La plus volumineuse des tumeurs mesure 12 centimètres sur 35; elle est située sur un filet nerveux intermusculaire de la cuisse. On en trouve jusque sur les racines rachidiennes qui compriment et déforment la moelle.

Dans les articulations, les cartilages sont érodés, les extrémités osseuses présentent des pertes de substance comblées par un tissu ressemblant à la moelle des os. Les tissus périarticulaires sont épaissis. L'intestin et le mésentère sont semés de petits nodules.

Les tumeurs sont formées de tissu fibrillaire fin qui dissocie les nerfs ou les cellules ganglionnaires qui sont en grande partie altérés. L'intestin est criblé de petits nodules microscopiques.

La moelle présente des traînées de dégénérescence ascendante et descendante qui sont minutieusement décrites dans l'original. Les articulations présentent également des altérations profondes caractérisées par la destruction des cartilages et leur remplacement par du tissu de granulation ou du tissu fibreux, et par des altérations régressives du tissu osseux. W.D.

Gangrènes cutanées.

Dermatite gangréneuse compliquant la fièvre typhoïde (Gangrenous dermatitis complicating typhoid fever), par Franklin Stahl. *American Journal of the medical Sciences*, mars 1900, p. 251.

Sur 144 cas de fièvre typhoïde qu'il a eus à soigner chez des soldats venant du camp de Fernandina, en Floride, S. a observé 10 cas de gangrène de la peau plus ou moins grave dont trois se sont terminés par la mort.

Les malades étaient tous très déprimés et profondément atteints, le cœur étant généralement faible. Les cultures faites avec le contenu de vésicules intactes ont montré du staphylocoque pyogène blanc et jaune. La maladie était évidemment inoculable, car une infirmière ayant touché une écorchure de sa main avec un tampon souillé de la sécrétion d'une plaque gangréneuse, eut une ulcération où la culture fit retrouver les mêmes staphylocoques.

Les plaques gangréneuses étaient distribuées un peu partout sur les membres, la face et surtout le tronc ; dans un seul cas le pied fut atteint et nécessita l'amputation.

La gangrène débutait par un furoncle, une vésicule ou une ecchymose ; elle formait des plaques de un à deux pouces de large, généralement ovalaires.

Les autopsies ont montré des infarctus dans la rate, les reins et les poumons, de sorte qu'il est permis de penser que les plaques de gangrène cutanée étaient dues à des embolies. W. D.

Dermatite vésico-bulleuse et gangreneuse mutilante d'origine hystéro-traumatique (Dermatitis vesico-bullosa et gangrenosa mutilans. Report of two cases having a hystero-traumatic origin), par G. W. Wende. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, décembre 1900, p. 548.

I. — Jeune fille de 17 ans, parfaitement bien constituée et robuste, un peu nerveuse, mais sans antécédents hystériques personnels ou héréditaires. En mai 1899, elle cautérise avec de l'acide phénique une verrue de la face dorsale de la main droite. Le lendemain, le dos de la main est rouge, gonflé et elle y sent des douleurs brûlantes très intenses. Tout guérit en quelques jours. Peu après surviennent des plaques rouges, semées de vésicules, larges de 2 pouces, trois sur l'avant-bras droit, une sur la face ; au bout d'une semaine, elles disparaissent, laissant de la pigmentation. Puis apparaît un groupe de vésicules sur la deuxième articulation interphalangienne du petit doigt droit avec de violentes douleurs ; cette lésion s'étend, devient gangréneuse, et au bout d'un mois l'amputation devient nécessaire. Ensuite, l'annulaire du même côté présente les mêmes accidents qui aboutissent à la gangrène en une semaine. Les plaies opératoires se réunissent par première intention. De nouvelles poussées vésiculeuses se produisent à plusieurs reprises sur les mêmes points de l'avant-bras droit, et quelques autres foyers apparaissent. Sur quelques-uns se font des plaques de gangrène superficielle. Pas de troubles de la sensibilité cutanée, mais anesthésie des conjonctives et du pharynx et exagération des réflexes rotuliens à droite.

En septembre 1899, crise douloureuse dans tout le membre supérieur droit avec élancements douloureux et gonflement, puis brusquement réapparition des plaques vésiculeuses ; quelques-unes se gangrènent et forment une eschare mince, brune et sèche.

En novembre, crise de douleurs dans l'épaule droite et le haut de la poitrine où apparaissent au bout de quelques jours un groupe de plaques blanc mat qui confluent en un placard de 8 pouces sur 4, couvrant la poitrine ; ces lésions font place à des eschares brunes qui se détachent lentement, et laissent des cicatrices chéloïdiennes.

En janvier, nouvelle attaque de douleurs lancinantes dans la tête, le bras et le dos, suivie de l'apparition d'un groupe de plaques gangreneuses dans le dos. L'examen du sang montre une légère augmentation des leucocytes avec diminution des lymphocytes. L'urine est normale, sauf un peu plus de concentration que normalement.

II. — Jeune fille de 18 ans, avec des antécédents héréditaires et personnels assez chargés au point de vue névropathique. Quelques jours après une chute en traîneau apparut une éruption vésiculeuse qui couvrit la presque totalité de la fesse droite ; elle suppura longtemps et ne guérit qu'au bout de quatre mois de repos, en laissant une large cicatrice. Trois

rechutes successives furent déterminées par la reprise de son travail dans une fabrique, et chaque fois l'éruption débutant par des vésicules suivies de gangrène se faisait exactement au même point sur la fesse droite qui est tout entière occupée par une cicatrice dure. Les attaques sont accompagnées de mal de tête et d'incontinence d'urine continue.

L'urine est concentrée, le sang montre une légère anémie. Anesthésie générale de la peau et des muqueuses. Légère exagération des réflexes.

L'examen microscopique montre que la perte de substance pénètre profondément dans le derme et que les parties voisines sont normales; le voisinage immédiat de l'ulcère est fortement infiltré et l'on y trouve tous les microbes de la suppuration.

Par la suggestion hypnotique, on a pu provoquer une légère rechute des lésions cutanées. W. D.

Ichtyose.

Ichtyose fœtale (Case of fatal fetal ichtyosis), par Daniel et Cordes. *Journal of the American medical Association*, 27 octobre 1900, p. 1081.

La mère est une Sicilienne de 30 ans, robuste et bien portante, mais assez misérable ; grossesse normale mais précédée de grands chagrins. Quatre grossesses antérieures ont été normales ; un avortement de cause inconnue. Aucune anomalie cutanée chez les ascendants, frères ou sœurs, notamment pas d'ichtyose.

L'enfant, né à terme, n'a pu ni teter ni dormir, criait tout le temps, et est mort au bout de vingt-sept heures avec une température élevée, bien que la peau parût froide.

L'enfant est resté tout le temps les membres fléchis dans la position du fœtus ; la peau est dure, épaisse, rigide comme du cuir de semelle ; elle paraît trop petite pour son contenu ; elle est partout crevassée de profondes fissures irrégulières au fond desquelles on voit le derme saignant.

Le cuir chevelu, glabre, est coupé de profondes rhagades et semé de saillies coniques ; une série de ces petites saillies remplace les oreilles. A la place des yeux on voit deux grosses masses rouges bourgeonnantes qui sont causées par l'ectropion et l'éversion complète des paupières et entre lesquelles on trouve profondément des globes oculaires normaux. La bouche est largement ouverte, les lèvres ectropiées et tendues ; le nez est atrophié et n'est reconnaissable qu'aux narines béantes.

Le cou et le tronc sont couverts d'un cuir épais formant des plis de traction et coupé de longues et profondes fissures. Les membres sont rigides en flexion, enveloppés par la même peau épaisse et crevassée ; les doigts et les orteils sont rudimentaires. La verge mesure un demi-centimètre de long ; l'anus est béant.

A l'autopsie on trouve tous les organes normaux sauf une vive congestion, une hémorrhagie méningée et un céphalématome

L'examen bactériologique montre une infection générale par le bacterium coli, probablement consécutive.

L'examen microscopique de la peau de la poitrine montre une hypertrophie considérable des papilles dermiques et une dilatation énorme des

vaisseaux qui sont gorgés de sang. Le derme est œdématié et pauvre en tissu élastique. Dans l'épiderme, la couche de Malpighi est épaissie ; la couche granuleuse est normale ; le stratum lucidum et surtout la couche cornée sont énormément augmentés d'épaisseur. Les poils sont normaux ; les glandes sébacées sont normales, mais la couche cornée pénètre dans leur conduit excréteur. Sur des coupes d'un doigt on remarque que la couche cornée est proportionnellement moins épaissie et que les glandes sudoripares sont très augmentées de nombre et de volume. La couche graisseuse sous-cutanée est à peu près absente.

Les reins présentent des lésions de néphrite aiguë.

Les lésions microscopiques de la peau constatées dans ce cas ressemblent beaucoup à celles observées par Kyber et Wassmuth. W. D.

Lèpre.

La contagion de la lèpre à San Francisco (Contagion in Leprosy as observed in San Francisco), par D. Montgomery. *Journal of the American med. Assoc.*, 27 janvier 1900, p. 209.

M. rappelle l'histoire publiée en 1892, d'un Américain né dans le Massachusetts, n'ayant jamais quitté les États-Unis et qui prit la lèpre probablement par contact avec des ouvriers chinois. Il rapporte en outre une série d'observations de Chinois qui ont présenté les premiers symptômes de la lèpre seize, treize, vingt-huit, dix-neuf ans après avoir quitté leur pays d'origine. Il est fort à craindre que la lèpre ne devienne endémique sur la côte du Pacifique. W. D.

Diagnostic de la lèpre anesthésique (Some questions relative to the diagnosis of anesthetic leprosy), par Mac Dougal. *Journal of the American medical Association*, 27 janvier 1900, p. 210.

Deux jeunes filles, âgées de 23 et 13 ans, sont nées dans l'État d'Ohio, de parents sains; elles sont le quatrième et le huitième enfant de la famille. L'aînée a présenté les premières lésions des jambes à l'âge de 15 mois, puis elle a eu des maux perforants, de l'anesthésie des extrémités et des mutilations successives de la main gauche tout entière, des doigts droits et de la plupart des orteils; elle est morte de pneumonie. La seconde a des maux perforants et de la thermoanesthésie. W. D.

Ongles (Lésions des).

Leucopathie unguéale (Leucopathia unguium), par L. Heidingsfeld. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, novembre 1900, p. 490.

La leucopathie unguéale, ou blancheur anormale des ongles, forme des taches, des stries transversales ou, enfin, occupe toute l'étendue de l'ongle. Unna attribue les formes tachetées au traumatisme et, notamment, à celui qui consiste à refouler le repli épidermique sus-unguéal. L'observation de H. montre une leucopathie totale ayant la même cause.

Une jeune fille de 19 ans qui, depuis deux ans, consacre de grands soins à ses mains, a vu, depuis sept mois, ses ongles des mains devenir dans leur totalité d'un blanc crayeux. Cela est survenu peu de temps après qu'elle a commencé à faire usage d'un instrument destiné à régulariser la forme du repli épidermique sus-unguéal. H. lui conseille de supprimer

l'usage de cet instrument et quand il revoit la malade quarante jours après, il constate que toute la partie basale de l'ongle a repris sa transparence. Trois mois après, les ongles sont complètement normaux.

La sœur de cette jeune fille a présenté les mêmes altérations, quoique un peu moins prononcées, sous l'influence des mêmes causes et a guéri de même par la suppression du « couteau à cuticule ». H. a observé 6 autres cas semblables tous dus à la même cause. La leucopathie est généralement plus prononcée à droite qu'à gauche, parce que le couteau tenu de la main gauche est manié moins adroitement et fait plus de traumatismes.

Il est généralement admis que les taches blanches sont dues à une infiltration d'air entre les cellules cornées. H. a constaté, sur des coupes de morceaux détachés de l'ongle, que les taches blanches correspondent à des parties de kératinisation défectueuse et qui se colorent par les réactifs plus énergiquement que le reste de l'ongle. Dans les cas de leucopathie totale, ces parties altérées formaient des couches successives et imbriquées dirigées très obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, c'est-à-dire parallèlement à la matrice. W. D.

Trichophytie.

Trichophytie d'origine animale (On Ringworm infection in man and animals), par Bunch. *British medical Journal*, 9 février 1901, p. 323.

Bien qu'un grand nombre des cas de trichophytie observés chez l'homme paraissent provenir des animaux, il est rare qu'on puisse établir d'une façon certaine cette origine par la confrontation de l'homme et de l'animal malade, et par la comparaison des cultures provenant des deux lésions.

C'est dans ces conditions que B. a pu recueillir huit observations complètes :

I. — Fille de 3 ans et demi : deux plaques de trichophytie sur l'avant-bras et l'épaule; rouges, squameuses avec bordure vésiculeuse, nombreux filaments segmentés dans les squames. Un cheval de la maison avait deux plaques écailleuses avec poils cassés et tordus. Les cultures provenant de l'enfant et du cheval sont identiques.

II. — H..., 19 ans : plaque rouge écailleuse à la nuque. Les poils follets et les squames montrent du mycélium en abondance. Son cheval avait eu des boutons sur les naseaux et a encore des poils cassés qui ont donné, à la culture, un parasite identique.

III. — Garçon de 3 ans, atteint de kerion du cuir chevelu. Les poils présentaient du mycélium dans leur substance et à leur surface. Un chien terrier, avec lequel jouait l'enfant, avait des lésions des poils causées par le même champignon.

IV. — Enfant de 4 semaines : trichophytie de la peau en plaques rouges, écailleuses. Le chat de la maison avait des plaques dépourvues de poils. Mêmes cultures dans l'un et l'autre cas.

V. — H..., 16 ans : éruption et plaques vésiculo-squameuses, avec filaments trichophytiques volumineux qui se retrouvent autour des poils de chat.

VI. — Garçon de 9 ans, avec des plaques glabres sur le cuir chevelu

datant d'un mois. Quelques cheveux seulement étaient cassés et contenaient des filaments d'un trichophyton endothrix. Le même parasite a été cultivé sur le chat de la maison.

VII. — Fille de 13 ans avec des plaques vésiculo-squameuses de l'avant-bras; son serin perdait ses plumes par plaques. Le parasite trouvé sur la fillette et sur l'oiseau offrait des cultures ressemblant à celles du favus.

VIII. — Homme de 24 ans : trichophytie pustuleuse de la barbe, provenant d'un veau. Cultures identiques de l'homme et du veau. W. D.

Xeroderma pigmentosum.

État du sang dans le xeroderma pigmentosum (Ueber Blutbefunde bei Xeroderma pigmentosum), par Okamura. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LI, p. 87.

O. a observé, à la clinique de Kaposi, trois cas de xeroderma pigmentosum.

Dans le cas I, le sang présentait l'état suivant: contenu en hémoglobine dosé par le procédé de Fleischl, 40 p. 100; 3,920,000 hématies; 46,666 leucocytes, soit une proportion de 1 : 80.

La poikilocytose était très caractérisée et accompagnée d'une assez forte leucocytose. Les cellules neutrophiles formaient, comme dans toute leucocytose, la plus grande partie des leucocytes. Les éléments mononucléaires étaient moins nombreux et les cellules éosinophiles encore moins nombreuses (7 p. 100 sur l'ensemble des leucocytes).

Dans le cas II, où l'état général était relativement le plus favorable, les rapports étaient les suivants : Contenu en hémoglobine, 65 p. 100; 3,400,000 hématies ; 37,300 leucocytes, soit 1 : 91. La poikilocytose, était moins développée. Les cellules neutrophiles formaient la plus grande partie des leucocytes, les lymphocytes étaient moins nombreux et les cellules éosinophiles représentaient seulement 9,2 p. 100 de tous les leucocytes.

Dans le cas III, le contenu en hémoglobine était de 45 p. 100 ; 2,788,000, hématies ; 54,545 leucocytes, soit 1 : 51. La poikilocytose était très caractérisée, les cellules éosinophiles étaient en très petit nombre, 1,2 p. 100.

Chez ces trois malades, le sang présente donc une oligocythémie liée à une assez forte leucocytose. L'hypothèse la plus probable pour expliquer cet état du sang paraît être que la lésion de la peau provoque des troubles des fonctions des organes hématopoiétiques. A. Doyon.

Le Gérant : Pierre Auger.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE

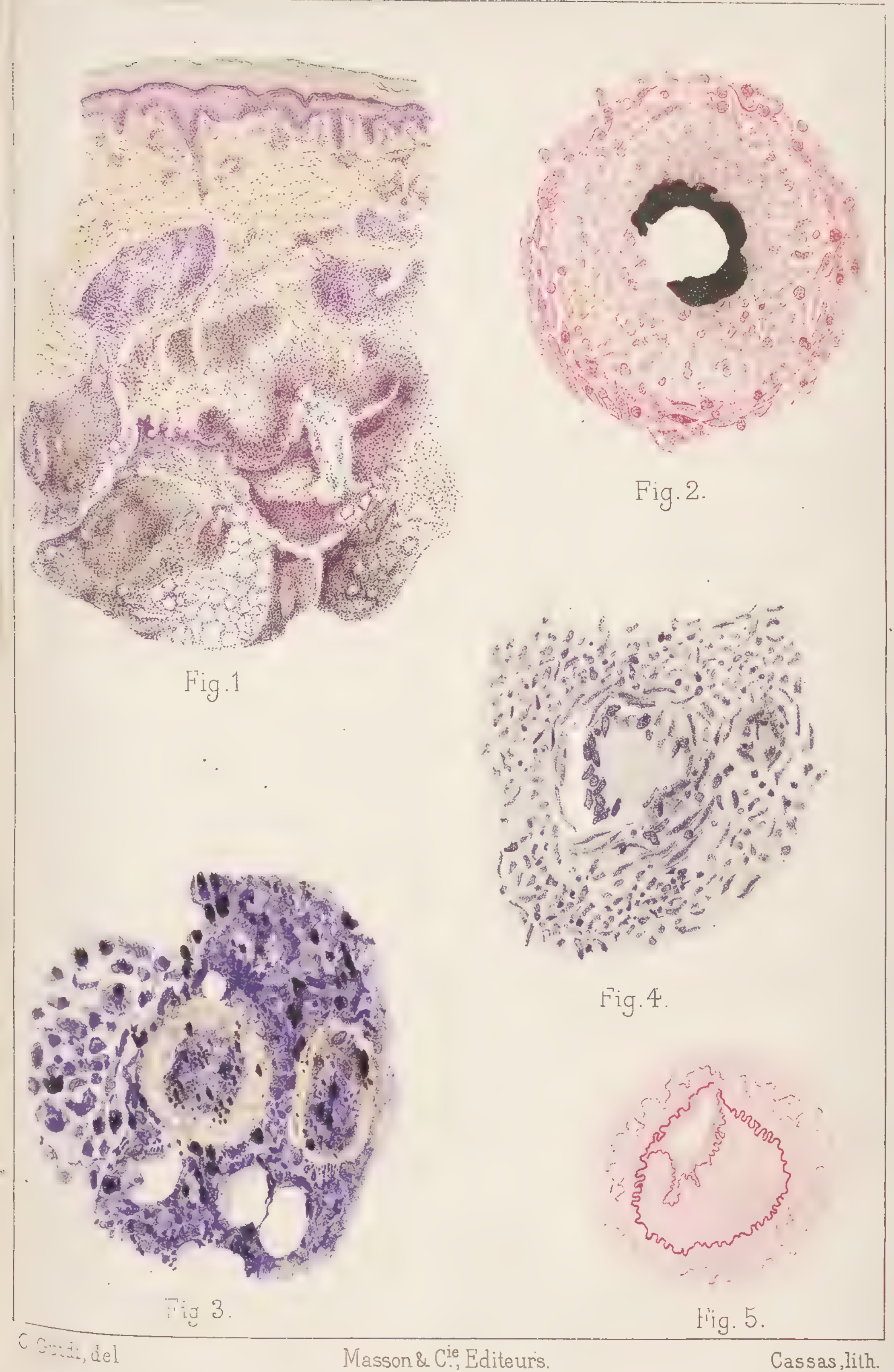


Fig. 1

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

C. Guidi, del — Masson & Cie, Editeurs. — Cassas, lith.

Imp. L. Lafontaine, Paris.



TRAVAUX ORIGINAUX

TROIS CAS D'ULCUS RODENS CONSIDÉRATIONS CLINIQUES, HISTOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Par le Dr **Carle**,
Chef de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lyon.

Cette forme d'épithéliome cutané est plus connue à l'étranger qu'en France. Depuis les premières descriptions de Jacobs (Dublin, 1827), elle est restéeà l'ordre du jour dans les Sociétés savantes anglaises et allemandes où elle est chaque année l'objet de travaux et de discussions. Sans qu'il y ait à cela de raisons bien précises, — car les cas en sont, en somme, aussi nombreux, — il semble que cette affection ait été un peu oubliée en France, malgré la série des recherches de Dubreuilh à ce sujet. Nos traités de dermatologie les plus importants reflètent cet oubli par la minime place qu'ils lui consacrent. L'occasion nous est offerte, par l'étude de trois nouveaux cas d'ulcus rodens, observés cette année dans le service de M. le professeur Gailleton, de faire valoir les droits de cette affection à une place plus honorable, tant par les caractères typiques de ses symptômes objectifs que par les particularités de son étude histologique.

Obs. I. — Marie I..., âgée de 50 ans, domestique à Lyon, entre le 15 mars 1900, à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Peu de choses à noter dans ses antécédents héréditaires ou familiaux. Sa mère est morte à 73 ans d'un néoplasme utérin. Son mari est mort à 78 ans. Elle a une fille de 22 ans, bien portante.

Elle-même a toujours eu une excellente santé, sauf une péritonite post partum dont elle s'est guérie sans complications, ni suites. Son histoire pathologique débute en juin 1894, il y a six ans par conséquent. Elle s'aperçut à cette époque de la présence, au niveau de la région temporale, d'une petite tache rouge de la grosseur d'une lentille.

Elle siégeait plus près de l'œil que de la racine des cheveux, et consistait essentiellement en une macule rouge vif. La malade insiste sur ce fait qu'au début elle n'a jamais senti de relief ni eu la sensation d'une induration sous-jacente. Cela ressemblait, nous dit-elle, à une tache de sang. Il n'y avait ni douleurs spontanées ou provoquées, ni prurit. Un léger suintement, semblable à de l'eau, à la surface. Cette première période de la maladie, caractérisée par une macule rouge vif, indolente, non prurigineuse, dure jusqu'au début de 1895. A noter seule-

ment l'extension progressive de la lentille primitive qui a pris le diamètre d'une pièce de 50 centimes, toujours avec les mêmes caractères.

Pendant l'hiver 1894-1895, la malade va à Cannes où on cautérise la tache avec du nitrate d'argent. Les effets immédiats paraissent bons, la peau semble redevenir normale. Puis, peu après, tout autour de la tache primitive relativement améliorée, se crée un cercle concentrique constitué par une lésion nouvelle absolument analogue à la précédente, laquelle reprend d'ailleurs assez vite les caractères du début. La lésion s'étendait sur l'espace d'une pièce de un franc. A ce moment le suintement devient de plus en plus marqué, l'épiderme prend un aspect lisse, une teinte rouge cicatricielle, semble se mortifier, sans disparaître cependant. Les bords sont nets, mais sans bourrelet appréciable. Pas de relief, mais sensation d'induration au doigt. Pas de douleurs. La lésion persiste ainsi, lentement agrandie jusqu'au diamètre d'une pièce de 2 francs, sans nouveaux caractères jusqu'en mars 1897.

A cette époque apparaît au centre de la plaque une petite ulcération de la dimension d'une tête d'épingle. Celle-ci s'étend très lentement, sans creuser beaucoup, restant plutôt superficielle. Traitée par l'acide phénique, elle présente dès ce moment des alternatives de croissance et de guérison. Guérison toute relative d'ailleurs, car la malade spécifie bien que jamais l'épiderme ne reprenait sa couleur normale. A la suite des applications de caustiques ou d'antiseptiques, survenait un épiderme cicatriciel, rosé, suintant, au-dessous duquel persistaient des granulations rouges, dit-elle, qui détruisaient peu après la mince couche épidermique de nouvelle formation.

La lésion atteint alors le diamètre d'une pièce de 5 francs. Au centre, elle est bourgeonnante, rouge; des croûtes se forment, au-dessous desquelles s'accumule du pus. A cette époque encore apparaît à la limite un bourrelet que la malade sent facilement et constitué par une surélévation de la peau saine.

L'année 1898 est marquée par l'apparition de nouveaux foyers, l'un sur le milieu de la région frontale, l'autre sur la joue, près de la commissure droite. Tous deux suivent la même évolution que la précédente. Avec une rapidité bien plus grande cependant, puisque dans le courant de l'année 1899, le foyer frontal avait déjà fait son évolution et se confondait avec le premier.

En 1899, progrès lent et incessant de l'ulcération qui atteint le sourcil en avant, l'oreille en arrière, le cuir chevelu en haut, avec les caractères que nous allons maintenant lui décrire.

Pendant toute cette période, rien à signaler dans l'état général, toujours satisfaisant.

La malade entre à l'hôpital, salle Sainte-Agnès, le 20 mars 1900.

La lésion présente l'aspect suivant :

Elle a actuellement les limites suivantes : en haut la limite du cuir chevelu sur une longueur de plusieurs centimètres ; elle est délimitée par un rebord net, comme coupé au couteau.

En avant, elle se prolonge presque sur le milieu du front, s'amincissant peu à peu ; le foyer frontal est encore séparé par une sorte d'isthme du grand foyer temporal.

Elle descend ensuite jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'arc zygomatique, en empiétant sur la partie externe du sourcil. Puis la limite remonte en passant devant le tragus presque au-dessus de l'oreille où elle rejoint la limite du cuir chevelu, en somme une lésion très étendue occupant toute la moitié supérieure de la joue droite.

L'aspect en est variable suivant les régions. Dans la plus grande partie, le fond en est faiblement mamelonné, granuleux plutôt que bourgeonnant. Les petits mamelons sont d'un rouge assez vif, presque chair musculaire, les intervalles entre eux sont plus ternes, plutôt jaunâtres.

Ce fond est sillonné par deux ou trois travées d'épiderme cicatriciel, allant de l'un des bords à l'autre, mais assez amincies pour permettre de deviner le tissu ulcéré sous-jacent.

La lésion est en général très superficielle, les bourgeons sont au niveau de l'épiderme sain, sauf en deux points : près de l'oreille, et surtout sur la queue du sourcil, se trouvent deux vraies ulcérations profondes, à bords taillés à pic, à fond gangréneux et anfractueux. La seconde creuse d'une cavité profonde toute la queue du sourcil.

La base est en général peu indurée, sauf au niveau de l'ulcération sourcilière. C'est une induration en nappe, immédiatement sous-jacente à la lésion, terminée avec son bourrelet marginal, et donnant la sensation de superficialité. Le bourrelet de la périphérie est des plus nets sur tout le pourtour, sauf au niveau du cuir chevelu. Il a 2 à 3 millimètres de hauteur, il est assez saillant, facile à sentir avec le doigt à cause de sa dureté, d'un aspect cireux.

Tout ce fond est uniformément suintant. La sécrétion en est gommeuse, jaunâtre, assez abondante. Avant que l'on eût nettoyé la plaie, elle s'était concrétée en croûtes planes, peu épaisses, peu adhérentes, noirâtres.

Les bourgeons donnent au doigt la sensation de dureté, ils ne sont ni fongueux, ni friables, mais saignent avec une grande facilité et assez abondamment au moindre contact, à plus forte raison si on les gratte.

Les manœuvres sont bien supportées et la douleur n'apparaît qu'à un traumatisme plus sérieux.

Il n'y a pas de ganglions et il n'y en a jamais eu en aucun point. État général excellent. Rien dans les urines. Pas d'amaigrissement, jamais de fièvre.

Pendant les premiers temps, l'incertitude où l'on était sur le diagnostic fit essayer le traitement spécifique. On soumit la malade aux injections mercurielles pendant que localement on poudrait de calomel avec lavages antiseptiques. Le seul résultat fut de transformer la sécrétion qui devint franchement purulente et plus copieuse.

Le 20 juin 1900, M. Carle essaye un traitement mixte avec des greffes épidermiques et la cautérisation. Les fragments d'épiderme pris sur la cuisse furent déposés à cet endroit. Dans la partie supérieure, au niveau des ulcérations auriculaires et surtout sourcilières, M. Carle curetta toutes les parties friables et sanguinolentes. Ce curettage fut suivi d'une vigoureuse cautérisation au fer rouge de toutes les parties ulcérées, une portion fut prélevée près du bourrelet sourcilier pour être soumise à l'examen anatomo-pathologique (voir plus loin).

Comme cet examen le faisait prévoir, les greffes eurent peu de succès. Elles firent pourtant de l'épiderme mais de qualité aussi douteuse que celui qui se formait spontanément; au contraire, après trois semaines de pansement à la gaze iodoformée ou à l'aristol, toutes les portions cautérisées réagirent vigoureusement. Les bourgeons charnus vrais firent leur apparition au niveau des ulcérations et en peu de temps il n'en restait rien. La peau gagnait peu à peu de la périphérie au centre, couvrant les ulcérations comblées. En août, la grosse cavité anfractueuse de la queue du sourcil, celle de la joue et de l'oreille avaient entièrement disparu, recouvertes d'une peau absolument saine, au point qu'il était impossible de savoir qu'il y avait eu là des ulcérations.

L'épidermisation gagna peu à peu par la suite, mais très lentement, et toute la moitié supérieure restait rouge, friable, granuleuse et suintante.

Guidé par ces résultats, M. Carle fit une seconde opération le 20 septembre. Après avoir curetté toute la surface malade et fait disparaître toutes les granulations, il cautérise fortement la région, insistant surtout sur les bords et au niveau des points ulcérés.

Malgré une suppuration en nappe assez abondante les jours suivants, et un arrêt de quelques jours, l'épidermisation reprit son œuvre, toujours de la même manière, gagnant concentriquement de la périphérie au centre. On pansa la malade à l'acide picrique, ou au nitrate d'argent sur les points trop exubérants. Quelques pointes de feu localisées quand de petites ulcérations paraissaient vouloir se former.

Actuellement la plus grande partie de la lésion est recouverte d'épiderme solide. Au centre persiste une portion grosse comme une pièce de deux francs avec un épiderme aminci et fragile qui semble, par sa continuation directe avec l'épiderme ambiant, devoir en prendre peu à peu les caractères.

Examen histologique d'un bourgeon (fait par M. le professeur agrégé Paviot). — Les coupes semblent avoir intéressé le bourgeon suivant son axe central, car on constate à la périphérie une coque hémorrhagique qui fait un anneau complet. La plus grande partie en est formée par des globules rouges emprisonnés dans de la fibrine fibrillaire.

Immédiatement au-dessous, on trouve une couche de cellules épithéliales du type malpighien, pressées les unes contre les autres, bien plus grosses que les autres et disposées perpendiculairement à la périphérie. Au-dessous d'elles l'axe du bourgeon présente une constitution exclusivement cellulaire que nous allons étudier.

Pour une grande part cette partie centrale offre des cellules fusiformes, souvent assez volumineuses, à noyau bien visible, à fuseaux protoplasmiques un peu roses. Ces cellules fusiformes sont disposées en tourbillons de faible amplitude. Les traînées qui exécutent des tourbillons sont souvent en continuité de tissu avec des cellules fusiformes aussi, mais plus allongées, plus minces. Leur protoplasma contient une substance qui, au picro-carmin, prend une teinte rouge acajou. Enfin ces cellules prennent une petite striation fine suivant leur grand axe. Le noyau de ces dernières cellules paraît plus vésiculeux et prend une forme en bâtonnet. Les dernières cellules sont incontestablement des fibres musculaires lisses

qui sont très aisées à distinguer des autres cellules fusiformes, et l'on passe des unes aux autres par des transitions insensibles.

Il n'y a pas de formes plus embryonnaires. Dans la partie centrale certaines zones de cellules à protoplasme à peine visibles, à noyaux peu homogènes sont sans doute dues à une infection de surface.

En aucun point on ne trouve trace de globes cornés.

Obs. II. — Lazare V..., 62 ans, meunier à Megnes. Rien dans les antécédents héréditaires. Lui-même a toujours eu une excellente santé, mise à l'épreuve par sept ans de service militaire et 14 campagnes.

A noter seulement qu'il y a douze ans, le malade fut, au cours d'une dispute, violemment griffé au niveau de la région actuellement malade. Hémorrhagie assez forte. Le malade affirme qu'il est toujours resté une tache rouge à cet endroit depuis l'accident.

Quoi qu'il en soit, le malade fait remonter à dix ans son affection actuelle.

La région sous-palpébrale droite est le siège de démangeaisons nécessitant un grattage incessant. Puis apparaît une rougeur qui s'étend insensiblement, s'excorie sous l'influence du grattage, se recouvre de quelques points croûteux, mais en somme ne s'ulcère que fort peu. Depuis un an, sans cause appréciable, la maladie a pris une allure plus rapide et s'est étendue en surface et en profondeur. D'abord la rougeur envahit tout l'angle interne de l'œil, puis la face latérale droite du nez jusque sur la ligne médiane. Mais là, une excoriation s'est de suite produite et s'est étendue, si bien que tout ce côté du nez n'est aujourd'hui qu'une vaste ulcération. En présence de ces nouveaux symptômes, le malade est venu à l'Hôtel-Dieu de Lyon d'où on l'a envoyé à la clinique de l'Antiquaille, le 10 janvier 1901.

A son entrée, nous constatons :

1° Au-dessous de l'œil droit une plaque érythémateuse de la largeur d'une pièce de 5 francs, recouverte deci et delà de petites croûtes assez adhérentes, cachant une surface suintante et peu ulcérée. La délimitation nette est faite par la couleur et par une sensation d'induration des tissus sur la partie malade. La paupière inférieure est évasée et comme attirée en bas du côté de la lésion, sans ulcération d'ailleurs.

2° Une surface ulcérée occupant l'angle interne de l'œil, toute la face latérale droite du nez, la ligne médiane, et empiétant à sa partie supérieure sur le côté gauche. L'ulcération est superficielle, le fond presque à niveau avec la peau normale est constitué par une multitude de petits bourgeons rouges, durs au toucher, saignant pourtant facilement. Émission d'un suintement séreux, épais, qui se concrète rapidement en croûte surtout sur les bords. Le bord est très nettement marqué par un bourrelet surélevé de 1 à 2 millimètres, dur et cireux, très marqué surtout dans la partie la plus envahissante qui a franchi la ligne médiane du nez.

Immédiatement en dehors du bourrelet, la peau a un aspect très normal.

On trouve des ganglions des deux côtés. Ils paraissent en relation avec les lésions amygdaliennes et dentaires.

L'état général est toujours excellent. Pas de troubles de la vue, ni de l'odorat.

Le malade est d'abord débarrassé de ses croûtes et nettoyé. Quelques bourgeons et un morceau du bourrelet ayant été excisés, sont soumis à l'examen microscopique. Celui-ci, fait par M. Charvet, préparateur au laboratoire d'anatomie pathologique, confirme le diagnostic d'épithéliome superficiel, forme ulcus rodens, qui avait d'abord été posé par M. Carle.

Voici le résultat de cet examen :

A. *Bourrelet.* — Une partie des coupes est occupée par la peau et le tissu conjonctif normal, avec leurs dimensions et leur coloration habituelle. En se dirigeant dans le sens de la profondeur, on voit apparaître des points néoplasiques nets, se présentant, suivant la direction des coupes, soit sous forme d'îlots arrondis et isolés, soit sous forme de nombreux cylindres épithéliaux plus ou moins parallèles, à direction perpendiculaire à la surface de la peau. Ces points apparaissent nettement colorés en rouge au milieu du stroma plus pâle, et l'on peut déjà aisément reconnaître la forme pavimenteuse des cellules. En un point, les couches superficielle et profondes sont remplacées par une masse diffuse d'aspect réfringent, se colorant mal par le picro-carmin et qui paraît être une zone de mortification et de désintégration.

B. *Bourgeons du fond.* — Le néoplasme occupe toute la surface de la préparation. Sur les coupes transversales, on retrouve les îlots arrondis, constitués par des cellules polygonales volumineuses, disposées en couches concentriques, rappelant à la périphérie l'aspect de la couche génératrice de Malpighi. Jusqu'au centre on retrouve partout ces cellules avec des dimensions variables. Il n'y a nulle part d'infiltration cornée, et le caractère très net de ces îlots est qu'en aucun point il n'y a de globes cornés vrais.

Le stroma qui s'étend entre ces îlots est disposé en nappes présentant une structure assez nettement fasciculée, un peu ondulée, sans infiltration cellulaire, se colorant en rose pâle par le carmin. A côté de ces points, des nappes d'hémorrhagie interstitielle et des zones de désintégration, comme plus haut.

Nous instituons le traitement par l'acide arsénieux. Après nettoyage, nous faisons des badigeonnages et des applications une fois par jour de la solution :

Acide arsénieux.............................	1 gr.
Eau..	ââ 75 —
Alcool.....................................	

en augmentant au bout de huit jours la dose d'acide. Les résultats sont peu marqués.

Nous songeons alors à faire précéder l'application du topique d'un raclage à la curette des petits bourgeons qui encombrent le fond de l'ulcération, ce qui est fait simplement après application de cocaïne à 1/50 et sans grande douleur. De suite après et les jours suivants, nous appliquons la solution arsénieuse donnée plus haut.

En huit jours la situation est déjà changée : le bourrelet, dans toute la

partie supérieure de la lésion, s'est affaissé et de ce côté on prévoit les progrès de l'épidermisation. Quelques bourgeons reparaissant, je les curette au fur et à mesure de leur apparition et les panse à l'acide arsénieux. L'ulcère se rétrécit visiblement, et à la date du 1er mars la moitié supérieure de l'ulcération est épidermisée. On augmente la solution :

Acide arsénieux	1 gr.
Alcool	ââ 50 —
Eau	

puis on la descend à 1 sur 30 parties d'alcool et d'eau, toujours en badigeonnage. En même temps on passait une couche de la solution sur toute la partie non ulcérée et la paupière en ectropion.

Fin mars, il ne reste plus qu'un point réfractaire sur le dos du nez, lequel est encore, à la date du 30 avril, recouvert d'une petite croûte grosse comme deux têtes d'épingles.

Sous la croûte, l'épiderme est encore délicat et légèrement suintant, mais cependant solide. Tout le reste, bourrelet et ulcération, a entièrement disparu et se trouve recouvert d'un bon épiderme, anormalement rosé, mais très solide et capable de supporter les traumas. La partie non ulcérée, encore érythémateuse, est souple et indolente, la paupière est redevenue presque normale.

Obs. III. — Antoine P..., cultivateur, 47 ans.

Rien dans les antécédents héréditaires ni personnels.

L'affection a débuté il y a dix-huit ans, par une petite tache rouge grosse comme la moitié d'une pièce de cinquante centimes, située sur la joue, juste en avant du tragus. Quoique légèrement prurigineuse, l'affection était très supportable, puisque le malade ne vit un médecin qu'en 1894, soit onze ans après le début. A cette époque, une légère ulcération se creusait au milieu de le tache, qui avait atteint le diamètre d'une pièce de un franc. Un grattage superficiel amena la formation d'un épiderme aminci. Quelques mois après, réapparition d'une nouvelle ulcération qui s'étendait plus rapidement et obligeait le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A ce moment, l'ulcération avait dépassé le diamètre d'une pièce de 5 francs et envahi une partie de la joue. Le fond en était rouge, bourgeonnant et saignotant, piqué de bourgeons nodulaires plus rouges. Ce fond est très nettement délimité par un bourrelet marqué surtout à la partie antérieure, envahissante, de l'ulcération. Tout autour, quelques nodules rougeâtres disséminés dans le tissu sain de la joue.

État général excellent.

Pas de ganglions.

Après application infructueuse de divers topiques, après un essai de traitement antisyphilitique, on a recours, le 4 janvier 1901, à un raclage vigoureux de toute la surface ulcérée à la curette, suivi d'une cautérisation ignée aussi complète que possible. Pansement occlusif à l'aristol. La cicatrisation se fait lentement, mais bien. L'épiderme se referme et le malade sort trois mois après avec une large cicatrice érythémateuse, mais

solide, et sans induration. Un léger degré de rétraction cicatricielle attire seulement l'oreille en avant.

Examen histologique (dû à M. le professeur agrégé Paviot). — Les coupes montrent que la tumeur est composée d'une cavité anfractueuse qui contient des débris cellulaires et du sang. Sur les parois de cette cavité se trouvent, s'étendant à une assez grande distance, des formations cellulaires ayant tous les caractères du tissu ectodermique et formant des tubes pleins remplis çà et là, souvent anastomosés. Ces tubes pleins ont constamment à la périphérie une ligne de cellules cubiques ou cylindriques rappelant une couche génératrice. Dans les parties où les tubes se renflent, les cellules qui les remplissent ont une tendance manifeste à se mettre en bulbe, à s'imbriquer. Enfin, en plusieurs points renflés on voit apparaître des cellules en plaquettes, à éclat gros. En aucun point il n'y a, à proprement parler, de globes cornés. Fait assez particulier, à la périphérie, le tissu néoplasique apparaît sous la peau, ou plutôt envahit les annexes de celle-ci, glandes, bulbe pileux, etc., et arrive jusqu'à la face profonde de l'épiderme, mais respecte celui-ci, tout au plus l'amincit, déplissant ses papilles. La couche cornée, épaisse, s'avance donc jusqu'au bord même de la cavité anfractueuse, où elle est coupée comme à l'emporte-pièce.

Un premier fait ressort de la lecture de ces observations, c'est la netteté et l'uniformité des symptômes objectifs. Les lésions paraissent calquées les unes sur les autres. La lecture des thèses de Dangerfield et de Crohn, des travaux de Hartzell, Kreibich, des présentations de Willamson et Adamson, conduit à cette même conclusion que l'ulcus rodens est une des maladies les moins variables dans ses manifestations physiques. Et cependant elle est très souvent méconnue. Non que le diagnostic en soit difficile, mais parce qu'on songe peu à sa possibilité et qu'un esprit non prévenu a une tendance toute naturelle à qualifier de spécifique ou de tuberculeuse cette ulcération lentement croissante sans propagation ganglionnaire, sans effet sur l'état général.

C'est ce qui, d'ailleurs, était arrivé dans mes cas. Le premier était traité depuis deux ans par l'iodure et les injections de calomel, le second me fut envoyé avec le diagnostic de lupus et le troisième avec celui d'ulcération de nature inconnue.

Et cependant, dès le début, la localisation sur la moitié supérieure du visage, le peu de réaction de la lésion, son innocuité apparente, doivent déjà faire songer à la possibilité de cette affection, et ceci, malgré la diversité de la première manifestation (tache, bouton, démangeaison). Et puis l'évolution se fait, très lente, par accroissement de la tache, et apparition d'une ulcération dont l'extension sera aussi lente que son apparition a été tardive. Voyez nos cas : six ans, huit ans, dix-huit ans. Et les deux derniers parus ; celui de Krohn, vingt ans, celui de Kreibich, quatre ans, etc.

L'ulcération s'est faite et s'étend plus ou moins loin. Je résume ses caractères d'après mes observations.

Un *fond* constitué par une surface semée de petits bourgeonnements rouges et suintants (quand elle est débarrassée des croûtes) durs au toucher et cependant friables puisqu'un léger attouchement suffit à faire saigner. On voit d'ailleurs des capillaires manifestement dilatés courir dans les sillons et sur les bourgeons, faisant un réticulum vasculaire appréciable.

Tout ce fond suinte un liquide clair, citrin, facilement concrété en croûtes rosées, peu solides. Quelquefois aussi on voit en certains points se faire une épidermisation relative. Le nouveau tissu est rose, très délicat, sillonné de petits vaisseaux, quelquefois jeté comme un pont entre deux points de l'ulcération, tantôt débutant au centre même de la lésion. Épiderme de mauvaise qualité, épidermisation éphémère. Tout ceci ne dure pas et jamais un tissu ainsi formé n'a été un commencement de guérison.

Le *bord*, le bourrelet qui le forme surtout, est caractéristique, dur, jaune cireux, très rarement interrompu, il entoure la lésion et la limite très nettement, comme le ferait un ourlet. Il est un peu surélevé, et pour ainsi dire, rejette en dehors, comme une vague qui déferle, comparaison anglaise, d'autant plus exacte que, comme la vague, ce bord avance peu à peu, rongeant le tissu sain environnant, et laissant l'ulcération derrière lui. Immédiatement en dehors, la peau est tout à fait normale.

Indolence généralement complète. Prurit rare et douleurs vraies encore plus rares, sauf infections secondaires.

Enfin, pas de propagation ganglionnaire, pas de répercussion sur l'état général, les observations sont affirmatives sur ce point. Et ce n'est pas une des moindres particularités de cette curieuse affection que cette évolution d'une ulcération superficielle tardivement apparue, très lentement agrandie, incapable de cicatrisation spontanée comme de généralisation, sans effet appréciable sur l'état général.

En présence de ce critérium clinique, pouvons-nous mettre un critérium anatomo-pathologique également précis?

Oui et non.

Non, si l'on veut poser la question d'origine et chercher parmi les éléments de la peau celui qui donnerait naissance à cette forme de néoplasme, à l'exclusion des autres. Depuis que la nature épithéliale de l'ulcus rodens a été définitivement démontrée par Thiersch en 1865; depuis que Thin (1878) et Fox (1880) le différencièrent de l'épithéliome ordinaire de la peau, les discussions ont surtout porté sur ce point. Et les publications se sont multipliées, attribuant successivement cette maladie à la gaine externe des poils (Fox, *Transactions of Path. Soc.*, 1878), aux glandes sudoripares (Verneuil, *Arch.*

génér. de méd., 1879), aux glandes sébacées (Butlin, *Soc. Dermat. of London*, 1896), au réseau malpighien (Hutchinson). Rien de plus suggestif à ce point de vue que la lecture des comptes rendus de la Société pathologique de Londres. A la question ainsi posée en mai 1894, les premiers dermatologistes de Londres répondirent tous de façon différente, chacun appuyant son dire de vérifications microscopiques appropriées. Kanthack incrimine les glandes sudoripares, Spencer le réseau malpighien, Beadler le conduit excréteur des glandes sébacées. Boyse les fait naître dans le chorion en dehors des glandes, et Fox ne se prononce pas. Plus tard, en 1896, dans une seconde discussion devant la même Société, Hutchinson conclut de l'étude de plusieurs cas à leur origine malpighienne, tandis que d'autres auteurs rappellent une vieille opinion accusant les glandes de Meibomius, et que Evans voit l'explication de l'ulcération et de son siège dans la présence à ce niveau de glandes lacrymales aberrantes retrouvées sur la région frontale de certains animaux (antilope, daim, etc.)!

Et cependant ce n'est pas encore tout. A ces origines déjà multiples de l'ulcus rodens, nous en ajoutons une nouvelle. Dans notre observation I, le microscope a en effet montré que les cellules constituantes provenaient d'un tissu musculaire lisse, que l'ulcération était un leiomyome, né selon toute vraisemblance aux dépens des muscles arrecteurs de l'appareil pileux.

Ceci doit-il encore contribuer à embrouiller la question ? Non, car nous pensons que l'on doit se placer à un tout autre point de vue pour chercher les caractères histologiques propres à l'ulcus rodens. Aujourd'hui, armés de multiples observations histologiques, nous pouvons affirmer que tous les éléments de la peau peuvent être l'origine de cette forme spéciale de néoplasie, et chercher alors dans les dispositions particulières qu'elle revêt sous le microscope le criterium anatomo-pathologique qui nous manque.

Quelle que soit l'origine, il est certains points sur lesquels la majorité des auteurs s'entendent. D'une façon générale, tous décrivent les amas cellulaires lobulés ou en noyaux, généralement bien limités, constitués par de petites cellules ou plutôt par un semis de noyaux sur une masse protoplasmique commune. Entre ces amas cellulaires, s'étend le stroma conjonctif disposé en nappes, présentant une structure plus ou moins fasciculée, quelquefois embryonnaire, un peu ondulée, se colorant en rose pâle par le carmin.

A ces caractères généraux, s'en ajoutent deux autres :

1° La section transversale d'un tube nous montre que les cellules les plus périphériques sont allongées, granuleuses, assez analogues aux cellules cylindriques de la couche malpighienne, plus volumineuses que les cellules du centre. Signe particulier : elles sont

disposées les unes contre les autres, en « palissade », perpendiculairement au tissu connectif voisin et avec une régularité qui frappe les histologistes ;

2° Dans la masse centrale, on voit un certain nombre de cellules affectant une disposition globulaire, les « pseudo-pearls » des Anglais. Visibles à la périphérie du globule, les cellules deviennent irrégulières au centre, les noyaux se fragmentent.

Le centre est quelquefois occupé par une vacuole transparente, produit par une sorte de dégénérescence muqueuse des cellules centrales du globule, assez semblable à celle de l'épithélioma colloïde, d'après Dangerfield. Mais — caractère essentiel — il n'y a jamais de globes épidermiques à cellules imbriquées les unes dans les autres, jamais non plus de globes cornés vrais.

Les auteurs sont unanimes sur ce point, assez important à lui seul pour faire à l'ulcus rodens une place à part parmi les néoplasmes cutanés.

Je veux dire quelques mots en terminant d'un moyen thérapeutique qui m'a donné un succès rapide et complet (observation II). Les remèdes ne manquent évidemment pas — comme pour toutes les affections à récidives. — Dangerfield qui les résume dans sa thèse (1892) après avoir énuméré les caustiques classiques (chlorate de potasse, chlorure de zinc, pâte sulfo-carbonée, acide acétique, etc.), préconise la cautérisation au début et plus tard l'extirpation.

L'inverse nous paraît bien plus rationnel. Au début, lorsque l'affection est réduite à une tache ulcéreuse du diamètre d'une pièce de deux ou de cinq francs, on doit tenter l'extirpation au bistouri, aussi complète que possible et terminer par réunion immédiate, sinon par des greffes épidermiques, ce que fit Willamson avec succès (*British med. Journ.*, 1896).

Mais quand l'ulcération a envahi la moitié du visage, ce qui était le cas de deux de nos malades, la cautérisation, chimique ou ignée, est seule indiquée car l'extirpation devient impossible. En aucun cas, ceci est bien entendu, le médecin n'est en droit de faire de cette affection un « noli me tangere » autorisant l'expectative.

Les nombreux succès, partiels, ou complets, de la plupart des interventions, obligent à une thérapeutique active.

Dans le cas I, les topiques variés, y compris le chlorate de potasse, les greffes épidermiques essayées ne m'avaient donné aucun résultat. Le raclage complet à la curette suivi de vigoureuses cautérisations arrêta la marche de l'ulcus qui menaçait de devenir très rongeant et l'épidermisation s'ensuivit, lente, mais à peu près complète. De même dans le cas III. J'ai obtenu une guérison beaucoup plus rapide chez le malade II par le procédé suivant : Raclage à la curette sans anesthésie, ou avec de la cocaïne, de tout le bourgeonnement superficiel

de la surface ulcérée. Hémorrhagie assez forte, mais facile à arrêter avec un peu de tamponnement. Pansement avec un carré de gaze imbibé de la solution suivante :

Acide arsénieux	1 gr.
Alcool / Eau	āā 75 —

Ce sont les proportions de la formule de Cerny.

Enlèvement du pansement le quatrième ou cinquième jour et badigeonnage à l'air libre avec une solution que j'élève le douzième jour à :

Acide arsénieux	1 gr.
Eau / Alcool	āā 40 —

et dont on peut encore élever le titre, s'il y a lieu.

Il n'y a pas de pansements véritables, et l'œil est simplement protégé par un bandeau, ce qui évite les décollements nécessités par le renouvellement des pansements permanents. En deux mois et demi, l'ulcus ainsi traité a été entièrement recouvert d'un épiderme de bonne qualité, le bourrelet s'est affaissé peu à peu, et, actuellement, seule une légère rougeur marque la place de l'ancienne lésion. Pas trace de récidive jusqu'à maintenant. Le succès de cet essai nous autorise à le recommander dans les mêmes conditions de lésions et de manuel opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

DANGERFULD. — Ulcus rodens. *Thèse Paris*, 1892. (Nous renvoyons à cette thèse pour la bibliographie antérieure à 1892.)

TOMMASOLI. — Ueber einen Fall von Epithelioma verrucosum abortivum nebst einem Beiträge zur Studium der Psofospermosis. *Archiv f. Derm. u. Syph.*, t. XXVI, 1893, p. 49.

LAGOUTTE. — Des épithéliomes de la peau de la face. *Lyon médical*, 1894.

KANTHACK, FOX, SPENCER, WALKER, BOYER, BEADLER. — Discussion à la *Medical Society of London*, mars 1894 ; *British medical Journal*, 1894.

HALLOPEAU et JOUSSET. — Sur trois cas d'ulcus rodens. *Ann. de derm.*, 1896, p. 747.

WILLAMSON. — On a case of Ulcus rodens. *Northumberland and Durham medical Society of London*, 1896 ; *Brit. med. Journ.*, 1896.

HUTCHINSON. — Several cas of ulcus rodens of the forearm with microscopical sections. *Pathological Society of London*; *Brit. med. Journ.*, 1896, p. 1384.

EVANS. — Pathog. of Ulcus rodens. *Brit. med. Journ.*, 1896, p. 1710.

FILLON. — Recherche sur la trame connective des épithéliomes de la peau. *Thèse*, Paris, 1896.

RILLE. — Un cas d'ulcus rodens. *Wiener dermatol. Gesellsch.*, 14 octobre 1896.

BÉGOIN. — Ulcus rodens de la paupière inférieure ayant détruit l'œil et envahi toute la cavité orbitaire. *Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 15 mars 1897.

DUBOIS-HAVENITH. — Diagnostic macroscopique et traitement de l'ulcus rodens. *Soc. médico-chirurgicale de Brabant*, août 1897.
HARTZELL. — Ulcus rodens sur un enfant de 14 ans. *New York med. Journal*, 5 mars 1898.
KARL KREIBICH. — Die Histologie des Ulcus rodens. *Archiv f. Dermat. u. Syph.*, 1898, t. XLII, p. 323.
ADAMSON. — Ulcus rodens du front. *Dermatological Soc. of London*, 11 janvier 1899.
CROHN. — Ulcus rodens. *Inaug. Dissert.*, Kiel, 1899.
CARLE. — Ulcus rodens d'origine malpighienne. *Soc. nat. de méd. de Lyon*; in *Lyon médical*, 1901.
ROUX. — Contribution à l'étude de l'ulcus rodens. *Thèse*, Lyon, 1901.

LICHEN PLAN DES ONGLES

Par le Dr **W. Dubreuilh.**

Plus on étudie le lichen plan et plus on est frappé de la multiplicité et de la variété des aspects que peut présenter cette maladie : sur la peau des membres et du tronc elle est déjà un véritable protée et l'on en a décrit de nombreuses variétés ; dans certaines localisations spéciales comme les surfaces palmaires et plantaires ou sur les muqueuses elle prend des aspects tout différents. On n'avait cependant pas encore signalé le lichen plan des ongles, et à ce titre l'observation suivante m'a paru digne d'être publiée (1).

Il est en outre à noter que dans le cas suivant la prédominance des lésions des ongles était de nature à dérouter le diagnostic. Dans l'état actuel de nos connaissances en pathologie unguéale, il n'aurait pas été possible de diagnostiquer les lésions des ongles si je n'avais été guidé par l'éruption cutanée qui était parfaitement caractéristique et confirmée par l'éruption buccale.

M. T..., employé supérieur des postes, âgé de 50 ans, est un homme bien portant, cependant il est sujet à des migraines extrêmement fréquentes et ses selles sont constamment diarrhéiques. Depuis longtemps il est emphysémateux et il a souvent des bronchites. Il est à remarquer que depuis l'apparition de son lichen plan ses bronchites ont disparu.

L'éruption actuelle date de cinq mois et a débuté sans cause occasionnelle connue par la jambe gauche, puis elle s'est graduellement étendue à l'autre jambe, aux avant-bras et aux doigts.

Quand M. T... vient me consulter le 16 janvier 1901, on trouve sur l'avant-bras gauche et notamment sur ses faces antérieure et interne, un semis de papules de lichen plan, papules rougeâtres, du volume d'une tête d'épingle en moyenne, planes, polygonales, dures au toucher. Elles sont toutes indépendantes et disséminées, cependant au pli du poignet elles se réunissent en une plaque irrégulière, rougeâtre, à contours déchiquetés. Sur l'avant-bras droit on trouve les mêmes lésions, mais moins accusées.

La jambe gauche est couverte de papules rougeâtres, squameuses, de la grandeur d'un grain de chènevis très peu saillantes, très peu sensibles au toucher, se réunissant en plaques irrégulières à contours déchiquetés, sans pigmentation marquée. La jambe droite présente les mêmes lésions mais moins abondantes.

(1) On trouve bien dans les auteurs des descriptions des lésions unguéales dans le lichen, mais il s'agit du *lichen acuminé* des Allemands, c'est-à-dire du pityriasis rubra pilaire dans lequel les lésions unguéales sont non seulement fréquentes, mais habituelles et très prononcées. On verra du reste que les lésions que j'ai observées dans le lichen plan ne ressemblent en rien à celles du pityriasis pilaire.

Les lésions des doigts sont celles qui gênent le plus le malade. La face dorsale de la phalange unguéale de tous les doigts est gonflée et d'un rouge foncé, terne. Cette plaque saillante qui a la forme d'un croissant est limitée en arrière par un bord déchiqueté et s'égrène en papules miliaires ; en avant, elle occupe le repli dermique sus-unguéal et est limitée par l'ongle. Sur cette surface rouge on distingue à la loupe un certain nombre de dépressions punctiformes remplies d'un minime bouchon corné et qui correspondent vraisemblablement aux orifices sudoripares puisqu'il n'y a point de follicules dans cette région.

Le repli épidermique sus-unguéal est très épaissi, atteignant presque 1 millimètre, il est large et très dur. On peut y distinguer deux couches séparées par une fissure : l'une provenant de la face supérieure ou libre du repli sus-unguéal, l'autre provenant de la face inférieure ou unguéale de ce repli plus ou moins adhérente à l'ongle et s'enfonçant avec lui dans le sillon rétro-unguéal.

Les ongles sont tous profondément altérés. Ils sont très finement striés en long. Ces stries sont parfaitement parallèles, occupent toute la longueur de l'ongle, elles ont à peine un tiers de millimètre de large, sont profondes et contiguës et en quelques points on les voit nettement formées par l'éclatement longitudinal d'une mince cannelure saillante. L'ongle paraît rugueux et comme rayé par une râpe ou du gros sable. En somme c'est exactement l'aspect de ce que j'ai décrit sous le nom d'onychorhexis. La forme générale des ongles est conservée, ils ne paraissent pas amincis, mais au dire du malade ils sont devenus fragiles et se cassent souvent ; ils sont adhérents au lit qui est normal et la surface libre est seule altérée. Cependant au petit doigt de chaque côté il y a un petit bourrelet corné sous le bord libre de l'ongle qui a une teinte brunâtre due à de l'hyperkératose du lit.

Rien dans la bouche.

Le prurit est très modéré et intermittent ; il siège surtout aux jambes et aux doigts. Il ne devient intense que si le malade commence à se gratter et alors il devient irrésistible.

Traitement. — Cacodylate de soude 0,10 par jour. Pommade avec vaseline 40, sublimé 0,10 et acide phénique 1 gramme.

19 février. — L'éruption des jambes n'est aucunement modifiée, elle conserve les caractères les plus nets du lichen plan avec une rougeur particulièrement accusée. Sur le tronc l'éruption s'est étendue sous forme de papules disséminées. Les doigts sont un peu moins rouges et gonflés.

On remplace le cacodylate de soude par la liqueur de Fowler à la dose de 20 gouttes par jour.

5 mars. — Quelques phénomènes d'arsenicisme, notamment des fourmillements dans les doigts. Comme les démangeaisons persistent, on donne la pommade : axonge et lanoline 15 ; naphthol β, acide salicylique et goudron 3 gr.

10 avril. — Les doigts vont mieux il n'y a plus de gonflement de la racine de l'ongle, mais seulement une zone semi-lunaire d'un rouge violacé pâle s'égrenant en papules miliaires de lichen plan. Les bouchons cornés sudoripares ont disparu et l'on ne distingue plus les orifices dilatés. Les

ongles sont moins altérés et sur leur partie basale la striation est moins accusée. Le repli épidermique sus-unguéal est très épais. L'éruption papuleuse des avant-bras a disparu, celle des jambes est affaissée.

Dans la bouche, on trouve une éruption de lichen plan assez abondante sur la joue gauche, sous forme d'un semis de papules blanches, grosses comme une petite tête d'épingle, dures au doigt; en quelques points il y a une ébauche de réseau. Quelques papules seulement sur la joue droite.

Malgré qu'on ait diminué la dose de liqueur de Fowler, les phénomènes d'arsenicisme se sont accusés : conjonctivite, fourmillements dans les pieds, pigmentation brun foncé des parties latérales et antérieure du cou. On supprime l'arsenic et l'on donne 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

30 mai 1901. — Les phénomènes d'arsenicisme ont disparu ; l'amélioration s'est continuée; cependant, depuis quelques jours et sous l'influence de fatigues et de préoccupations, quelques démangeaisons et quelques papules ont reparu aux jambes.

Le repli sus-unguéal n'est plus gonflé du tout; il est à peine rouge et sur une largeur de 1 à 2 millimètres seulement. Le repli épidermique sus-unguéal est encore épais, irrégulier, retroussé; bien qu'il y ait de l'amélioration, c'est de toutes les lésions celle qui est le moins modifiée. Les ongles présentent encore des rayures assez accusées à leur partie terminale, mais la partie basale, plus récente, est presque normale; il n'y a qu'une très faible et très fine striation, très superficielle et à peine visible. Les papules du tronc et des membres supérieurs ont disparu. Dans la bouche, il n'y a presque plus rien; seulement, en arrière de la dernière molaire gauche, un petit groupe de grains blancs. Sur les jambes, l'éruption est représentée par des macules brunâtres planes et souples. On y voit en outre quelques papules nouvelles et deux petits cercles de lichen plan typiques.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 4 JUILLET 1901.

Présidence de M. Ernest Besnier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal : Sur un cas supposé d'éruption iodique, par M. Hallopeau. — Note préliminaire sur les injections de cacodylate iodo-hydrargyrique dans la syphilis, par MM. Brocq, Civatte et Fraisse. (Discussion : MM. Barthélemy, Brocq, Eudlitz, Gastou, Fournier.) — Syphilides scléreuses et scléro-gommeuses des pieds. Sclérose éléphantiasique tertiaire, par MM. Balzer et Lecornu. (Discussion : MM. Barthélemy, Fournier, Mauriac.) — Macules atrophiques succédant à des syphilides papuleuses en nappe, par MM. Balzer et Lecornu. — Éruption papulo-vésiculeuse par le contact des chenilles, par MM. Balzer et Lecornu. — Un cas de lichen scrofulosorum, par MM. Hudelo et Herenschmidt. — Syphilis secondaire avec leucoplasie, épilepsie jacksonnienne et diabète sucré, par M. Danlos. (Discussion : MM. Fournier, Danlos, Renault.) — Adénomes sébacés de la région temporale, par MM. Gaucher et Lacapère. — Gomme rétro-oculaire dans la période secondaire de la syphilis, par MM. Gaucher et Lacapère. — Tricorrhexis nodosa, par MM. Gaucher et Lacapère. — Érythrodermie pityriasique en îlots disséminés. Érythème prémycosique, par M. Gastou. — Ulcères annamites, par MM. Gastou et Vieira (Discussion : MM. Moty, Mauriac, Jeanselme). — Altérations unguéales, avec éburnation chez un polyurique congénital, par MM. Gastou et Vieira. (Discussion : M Moty.) — Syphilis et parasyphilis en coïncidence ; syphilides gommeuses et paralysie générale, par MM. A. Fournier et Gasne. — Chancre extra-génital, par M. Edmond Fournier. — Hérédo-syphilis : syphilides gommeuses de la jambe. Stigmates oculaires. Rétrécissement du vagin, par MM. A. Fournier et O. Crouzon. — Lichen plan zoniforme, par MM. Edmond Fournier et Paris. — Eczéma kératosique symétrique. Lésions de rhumatisme déformant. Tic facial, par MM. Fournier, Gasne et Henry Bernard. — Éruption circinée du front, par MM. Chatin et Gastou. (Discussion : MM. Brocq, Fournier, Leredde, Barthélemy). — Sur un cas de syphilis anormale, par MM. Hallopeau et Villaret. — Traitement d'un cas de pelade décalvante par les frictions avec le pétrole, par MM. Hallopeau et Villaret. (Discussion : M. Besnier.) — Sur un cas d'érythème iris à forme chronique, par MM. Hallopeau et Villaret. (Discussion : MM. Besnier, Hallopeau. — Sur un cas d'éruption urticarienne pigmentée simulant la lèpre, par MM. Hallopeau et Marcel Sée. — Traitement du lichen de Wilson par les applications quotidiennes d'une solution de permanganate de potasse au cinquantième, par M. Hallopeau. — Action des jarretières et, d'une manière générale des compressions persistantes sur l'icthyose, par MM. Hallopeau et Fouquet (Discussion : M. Barthélemy.) — Sur un cas probable de syphilis ulcéreuse héréditaire compliquée d'une infection purulente tégumentaire à marche progressive, par M. Hallopeau. — Sur les différences cliniques qui séparent le pityriasis rubra pilaire de la forme acuminée du lichen de Wilson, par M. Hallopeau. — Séro-réaction d'agglutination microbienne dans les dermatoses et la syphilis, par MM. Gastou et Vieira. — Les tatouages dans les pays chauds, leur thérapeutique

par M. Brault. — Paraphimosis et circoncision, stérilisation des chancrelles par le chlorure de zinc, par M. J. Brault. — Étude statistique sur les nævi chez l'adulte, par MM. Barthélemy et Lévy. — Trichophagie. par MM. Dubreuilh et Maillard. — Traitement de la trichophytie cutanée avec le monochlorophénol, par M. Barbe. — Alopécie congénitale par aplasie moniliforme des cheveux, par M. Gustave Bureau. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

Jacquot. — Du traitement du lupus érythémateux par les courants à haute fréquence. *Thèse de Paris*, 1901.

Société française de prophylaxie sanitaire et morale, séance du 10 mai 1901, fasc. nº 1.

M. le professeur Neisser offre à la Société :

1º Trois fascicules des *Verhandlungen der Breslauer dermatologischen Vereinigung*.

2º Des travaux intitulés : Ueber das Jucken und die juckenden Hautkrankheiten. Extr. : *Die Deutsche Klinik*, 1901. — Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen. Extr. : *Arbeiter Verfornung*, 1900.

3º Une série de publications de ses élèves, les Drs Berliner, Guth, Juliusberg, Klingmuller, Lion, Sacks, Plato, Raab, Scholtz.

En tout 31 brochures.

M. Thibierge offre, au nom du Comité d'organisation de ce Congrès, le Compte rendu du IVe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, tenu à Paris en août 1900.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur un cas supposé d'éruption iodique.

M. Hallopeau. — Le diagnostic d'éruption iodique que j'ai porté avec M. Fouquet dans la dernière séance comporte une réserve qu'il me paraît nécessaire d'indiquer : il ne pourra être établi en toute certitude que si les éruptions bulleuses toutes particulières dont nous avons donné la description cessent de se produire du jour où le malade ne sera plus soumis à l'influence du médicament. Or, depuis notre communication, il est survenu encore une bulle au coude droit : c'est douze jours après l'ingestion de la dernière dose d'iodure qu'elle s'est manifestée : il est possible qu'à ce moment le malade ait été encore sous l'influence du médicament, mais si dorénavant le fait se renouvelait, il nous faudrait modifier notre interprétation en disant que ce malade est atteint d'une forme nécrotique et cicatricielle de pemphigus de Neumann subissant des poussées sous l'influence de l'iodure ; nous espérons pouvoir être entièrement fixés à cet égard à la séance de rentrée.

Note préliminaire sur les injections de cacodylate iodo-hydrargyrique dans la syphilis.

Par MM. Brocq, Civatte et Fraisse.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société quelques-uns des malades que nous traitons en ce moment par les injections de cacodylate iodo-hydrargyrique.

En novembre 1900, nous avons expérimenté le cacodylate acide d'hydrargyre. C'est un sel connu depuis longtemps; Bunsen l'avait étudié en 1842, mais jusqu'ici, nous ne savons pas qu'on l'ait introduit en thérapeutique. Les douleurs provoquées par les injections chez l'homme et les accidents graves survenus chez les animaux en expérience nous ont forcés bientôt à y renoncer.

Nous l'avons remplacé par un produit différent : le cacodylate iodo-hydrargyrique que l'on obtient en neutralisant le cacodylate acide de mercure par de la soude en présence de l'iodure de sodium.

On a ainsi un mélange soluble dans l'eau, parfaitement stable, pouvant supporter une température de 120°, irréductible à la lumière et ne donnant aucun précipité quand on le met en présence du sérum sanguin. Autant de qualités que ne possède pas le cacodylate d'hydrargyre acide. Cette solution est parfaitement limpide, peut se conserver indéfiniment, et l'on n'a pas avec elle à redouter d'embolies.

Voici, dans ses grandes lignes, notre procédé pour obtenir le cacodylate iodo-hydrargyrique :

On dissout 1 gramme de cacodylate d'hydrargyre et 2 grammes d'acide cacodylique dans 75 grammes d'eau distillée, on y ajoute 1 gramme d'iodure de sodium, puis de la soude caustique pour neutraliser, et on complète avec de l'eau distillée pour obtenir 100 centimètres cubes de liqueur.

1 centimètre cube de cette solution contient : 4 milligr., 7 de biiodure d'hydrargyre ; 4 milligr., 7 d'iodure de sodium et 3 centigrammes environ de cacodylate de soude.

Mode d'emploi. — On sait par les travaux de M. le professeur A. Gautier dont l'autorité est incontestable en cette matière, que le cacodylate de soude, pris par le tube digestif, se réduit en oxyde de cacodyle, substance toxique. Il semblait donc, *a priori*, que le cacodylate iodo-hydrargyrique serait beaucoup mieux supporté en injections hypodermiques que par le tube digestif. Il fallait cependant vérifier le fait.

Nous avons institué quelques expériences sur ce point ; mais nous n'avons pas longtemps persisté à administrer le cacodylate par le tube digestif, les résultats nous ayant paru assez peu satisfaisants. En effet sur six cas, nous avons eu deux fois de la diarrhée ; une de ces deux malades, il est vrai, en avait eu déjà avant son traitement ; mais cette diarrhée a cessé lorsque nous avons supprimé le cacodylate

iodo-hydrargyrique, pour reparaître avec une reprise du traitement, et cesser de nouveau lorsque nous avons remplacé le médicament par la liqueur de van Swieten.

Une troisième malade a présenté non plus de la diarrhée, mais une sorte de crise gastrique avec douleurs, vomissements sanguinolents arrivant à l'intolérance absolue de l'estomac. Mais il s'agissait d'une nerveuse : ces phénomènes ont cessé brusquement devant la menace d'injections massives de sérum artificiel, et l'on peut se demander si notre cacodylate est bien en cause ici.

Les trois autres malades n'ont pas présenté d'intolérance.

Fait remarquable, nous n'avons pas remarqué jusqu'ici d'odeur alliacée chez les sujets qui ont pris le médicament par la bouche.

Nous avons donc surtout administré le cacodylate iodo-hydrargyrique par voie hypodermique.

Doses. — Nous avons toujours commencé nos traitements par la dose de 3 centigrammes (c'est-à-dire 1 centimètre cube de notre solution), continuée tous les jours. Après quelques insuccès, nous avons élevé la dose à 6 centigrammes, c'est-à-dire 2 centimètres cubes, et devant la tolérance parfaite de nos malades, nous l'avons employée chez presque toutes nos syphilitiques, bien que la dose de 3 centigrammes parût suffisamment active dans bien des cas rebelles.

Si l'on compte que nos recherches ont été faites sur des femmes dont le poids moyen variait de 50 à 65 kilogrammes (l'une d'elles ne pesait que 37 kilogrammes), il est permis de supposer que chez des hommes vigoureux on pourrait sans inconvénient augmenter encore cette dose.

Manuel opératoire. — Nous faisons nos piqûres dans la région classique des injections mercurielles, c'est-à-dire à la partie supérieure et interne des fesses, l'aiguille est enfoncée perpendiculairement. Nous en avons essayé de différentes longueurs, c'est-à-dire que nous avons fait des injections hypodermiques et des injections intra-musculaires. Les injections superficielles nous ont paru plus douloureuses et laissaient souvent des nodosités gênantes, nous avons définitivement choisi des aiguilles de 4 centimètres de longueur. Quant aux précautions à prendre, relatives aux injections, nous avons suivi celles adoptées le plus communément (savon, sublimé, éther, etc.).

Nous n'avons jamais imposé à nos malades le repos au lit. Après les piqûres quelques-unes s'étendaient une demi-heure sur leur lit, presque toutes continuaient dans la journée à aider au service des salles.

Les malades de la consultation partaient immédiatement après leur piqûre : aucun n'a interrompu son travail.

Malades traités.— Essayer un traitement anti-syphilitique sur tous les cas indistinctement, c'est s'exposer à porter un jugement mal

motivé. Il y a trop de syphilis bénignes qui blanchissent sous l'influence d'une médication très anodine ou même sans aucune médication, pour qu'en prenant la totalité des malades on puisse se prononcer sur la valeur de la thérapeutique employée.

Nous avons donc choisi d'abord des cas qui d'emblée nous paraissent graves, rebelles, ou avaient déjà résisté à des médications énergiques : liqueur de van Swieten, frictions mercurielles, injections d'huile biiodurée ou de calomel.

Encouragés par des succès incontestables, nous avons ensuite cherché à étendre le champ de nos expériences, pour pouvoir observer plus sûrement les inconvénients de la méthode.

Nous avons donc suivi parallèlement à la première, mais au point de vue de la tolérance seulement, une seconde série d'observations sur des syphilis banales, traitées avec les mêmes doses que celles de la première série.

Ces deux séries nous donnent, tant en ville qu'à l'hôpital, un total de 49 malades ; nous en avons d'autres encore en cours de traitement.

La première série (sur laquelle se base notre statistique, pour les raisons données plus haut) comprend 31 malades.

Nous nous proposons de publier *in extenso* leurs observations dans un mémoire ultérieur. Les résultats du traitement n'ont pas été constants : nous en avons eu d'excellents, de moyens et d'insignifiants. Nos résultats excellents et moyens (24 sur 31) portent sur des syphilis secondaires, à type banal ou acnéique, des gommes, des accidents tertiaires, des cas hybrides de dermatoses greffées sur d'anciennes syphilis et des accidents parasyphilitiques.

Insuccès. — Notre traitement est resté sans effet appréciable dans 7 cas sur 31. En voici le résumé : une syphilis compliquée de séborrhéides ; deux syphilides acnéiques groupées en corymbe ; une parasyphilis (tabes), et 3 cas hybrides (rhumatisme chronique, eczéma, éruption bulleuse). Mais il convient de faire remarquer à propos de ces insuccès qu'il n'y en a en réalité que deux qui aient quelque importance, ce sont les deux cas de syphilides acnéiques groupées. Et encore l'une de ces deux malades a-t-elle été légèrement améliorée (à la 22ᵉ injection un groupe a disparu, les autres commencent à se flétrir). L'autre n'a été que peu modifiée après 48 injections, mais la malade avait conservé des habitudes d'alcoolisme en dépit de toute surveillance.

En somme, il nous a paru que l'action thérapeutique du cacodylate iodo-hydrargyrique est très lente dans les cas de syphilides papulo-croûteuses groupées, qui sont aussi malheureusement les plus rebelles aux méthodes usuelles.

La malade, chez qui la syphilis s'est compliquée de séborrhéides, a quitté l'hôpital après 17 injections seulement.

Chez les quatre derniers malades (parasyphilis ou hybrides), l'af-

fection actuelle n'a pas été modifiée, mais l'état général a été très amélioré.

Parmi nos malades, quelques-uns présentaient de la glossite ou de la leucoplasie buccale. Nous n'avons pas observé, pour ces lésions, d'amélioration notable; mais le traitement n'a pas été poursuivi assez longtemps pour qu'il nous soit possible de nous prononcer sur ce point. Nous n'avons pas encore d'observation de syphilis nerveuse proprement dite.

Accidents et contre-indications. — Sur plus de 1,200 injections de cacodylate iodo-hydrargyrique, nous n'avons pas eu encore de véritables accidents. Nous ne pouvons compter comme tels ni les douleurs un peu vives, et quelquefois un peu prolongées, qu'ont accusées certaines malades, ni la présence des nodosités qui ont persisté plus ou moins longtemps, mais qui disparaissent presque toujours dès le lendemain. Dans la majorité des cas, les sensations douloureuses, quand elles existent, disparaissent au bout d'une heure ou deux : elles sont variables suivant les sujets et suivant les jours chez le même sujet. Nous n'avons que deux malades qui aient refusé le traitement, comme étant trop douloureux, il est vrai que l'une d'elles n'a pas voulu même prendre un traitement interne. Toutes celles qui avaient eu précédemment des injections de cyanure de mercure ou d'huile biiodurée, ont trouvé ces dernières plus douloureuses que celles faites avec le cacodylate iodo-hydrargyrique.

Nous avons observé une fois ou deux un engourdissement passager de toute la jambe. Comme autres accidents notables, nous n'avons relevé que : 1° un cas de pigmentation arsenicale; 2° une diarrhée passagère; 3° une stomatite passagère; 4° un cas de poussée congestive avec hémoptysie chez une bacillaire.

Si l'on veut bien remarquer que presque toutes nos malades ont une dentition déplorable, que toutes présentent de la gingivite tartreuse et la plupart de la pyorrhée alvéolaire, on reconnaîtra qu'en dépit des soins de propreté buccale, imposés dans nos salles, nous pouvions nous attendre à un nombre plus considérable de stomatite, eu égard aux doses relativement fortes que nous avons employées.

En ce qui concerne la malade atteinte de tuberculose pulmonaire, les hémoptysies qu'elle a eues sont-elles vraiment imputables au traitement ? Il nous est impossible de donner une conclusion ferme, mais ce fait malheureux indique qu'il convient de n'employer ce produit qu'avec la plus extrême prudence chez les malades de cette catégorie. Nous pouvons donc dès maintenant, en attendant une plus longue expérience, formuler les contre-indications suivantes à l'emploi de ces injections :

1° La prédisposition particulière de la peau aux pigmentations ;

2° La tendance aux hémoptysies ou aux poussées congestives chez les tuberculeux ;

3° L'intolérance gastro-intestinale dont nous avons observé un cas.

Avantages et indications : 1° La préparation de cacodylate iodo-hydrargyrique que nous employons présente tout d'abord, comme nous l'avons dit plus haut, l'avantage d'être une solution aqueuse, miscible au sérum sanguin avec lequel elle ne forme pas de précipité, ce qui est une des propriétés les plus importantes d'une bonne solution pour injections hypodermiques ;

2° Elle est peu douloureuse, puisqu'elle permet aux malades de vaquer à leurs occupations ; elle est moins douloureuse que la plupart des autres injections de composés mercuriels solubles ;

3° Elle semble posséder une action dynamogénique capable de tonifier les malades, de combattre l'amaigrissement et la tendance à la neurasthénie ; souvent même elle provoque une augmentation notable du poids ;

4° Elle semble être efficace dans la plupart des syphilis secondaires et tertiaires, elle nous a même paru plus efficace que les méthodes usuelles dans certains cas rebelles ; elle est presque toujours fort bien supportée par l'organisme.

Le cacodylate iodo-hydrargyrique nous semble donc indiqué :

1° Lorsqu'il y a dénutrition marquée, amaigrissement, neurasthénie au cours de la syphilis. C'est là l'indication majeure ;

2° Lorsqu'on se trouve en présence de manifestations secondaires rebelles des muqueuses et de la peau ;

3° Lorsqu'il y a complication de séborrhéides péripilaires ou psoriasiformes ; peut-être même dans les eczémas et les psoriasis développés chez d'anciens syphilitiques ;

4° Lorsque le traitement par le tube digestif n'est pas supporté, que le malade ne peut se résigner aux frictions ;

5° Dans les syphilides tertiaires, lorsqu'on veut faire un traitement intensif sans avoir recours au calomel.

De nouvelles observations pourront nous apprendre si le cacodylate iodo-hydrargyrique est à comparer, comme efficacité, rapidité et durée de guérison, au calomel et si l'on peut, lorsque ce dernier est d'un emploi trop douloureux, lui substituer le cacodylate avec un réel avantage.

Il nous est difficile de dire à quoi tient l'efficacité du cacodylate iodo-hydrargyrique. Est-ce à l'arsenic ? A l'état moléculaire spécial du mercure qu'il contient ? A l'iode en excès qu'il renferme ? Nous tâcherons de résoudre ces questions dans une série de recherches ultérieures.

A vrai dire, l'action de l'arsenic dans la syphilis avait été pressentie depuis longtemps et on l'ordonnait assez souvent soit sous forme de

préparations pharmaceutiques, soit sous forme de cure thermale. Mais les syphiligraphes l'ont toujours laissé dans l'ombre ; ils lui dénient toute spécificité ; ce n'est pour eux qu'un médicament accessoire qui s'adresse non à la syphilis, mais à une maladie concomitante : dermatose ou impaludisme.

Jamais jusqu'ici on ne l'avait administré contre les états neurasthéniques et contre les dépressions de l'organisme qui accompagnent à l'heure actuelle si fréquemment la syphilis. Nous tâcherons de préciser plus tard s'il n'exerce pas une action curative quelconque sur l'élément spécifique lui-même.

Il y a d'ailleurs toute une série de recherches à instituer sur cette question de l'association des arsenicaux au mercure dans le traitement de la syphilis : c'est ainsi qu'on pourrait nous objecter qu'il n'est pas absolument indispensable de partir du cacodylate acide de mercure pour obtenir le cacodylate iodo-hydrargyrique ; nous avons prévu cette objection et nous nous proposons d'expérimenter le mélange obtenu en mettant directement en présence le cacodylate de soude et le biiodure de mercure.

Pour le moment, nos expériences n'ont encore porté que sur le produit résultant de la décomposition indiquée plus haut, et ce sont ces premiers résultats que nous apportons. Nous les compléterons plus tard ; cependant il n'est pas invraisemblable que le biiodure ainsi obtenu se trouve là dans un état moléculaire spécial, en quelque sorte à l'état naissant, et l'on sait que les corps ainsi obtenus en chimie ont des propriétés particulières.

Conclusions. — 1° Sous le nom de cacodylate iodo-hydrargyrique, nous ne désignons pas un sel défini, mais une préparation dans laquelle se trouvent associés, par suite d'une réaction chimique spéciale, l'arsenic, l'iode et le mercure sous les formes respectives de cacodylate sodique, iodure de sodium et biiodure d'hydrargyre ;

2° Cette préparation a l'avantage d'être une solution aqueuse stérilisable à 120°, miscible sans aucune espèce de précipité au sérum sanguin ;

3° Elle est bien supportée en injections sous-cutanées, ne cause que peu ou point de douleurs, pas d'abcès ;

4° Elle est surtout indiquée dans la syphilis, lorsqu'il y a dénutrition marquée, amaigrissement, neurasthénie ; dans les manifestations secondaires rebelles des muqueuses et de la peau, lorsqu'il y a complication de séborrhéide, et dans les accidents tertiaires, lorsqu'on veut agir avec énergie en respectant le tube digestif ;

M. Barthélemy. — Il y a déjà longtemps que M. F. Vigier a mis à ma disposition du cacodylate de mercure pour faire des injections sous-cutanées contre la syphilis, comme M. Danlos fait des injections de cacodylate

de soude, comme M. Burlureaux fait des injections de cacodylate de magnésie ou de quinine. Je n'insiste pas sur ces dernières puisque nous aurons bientôt ici même l'occasion d'entendre M. Burlureaux nous apporter à ce sujet l'exposé de sa pratique et des résultats obtenus.

Mais M. Brocq nous a dit lui-même combien était mal tolérée par le tissu sous-cutané, la solution acide de cacodylate de mercure; il n'en est plus de même du produit qui a été préparé par M. Fraisse et qui est de beaucoup préférable; il est certain, d'après les expériences que vient de nous communiquer M. Brocq, que si je devais faire usage de préparations mercurielles solubles, je n'hésiterais pas à imiter son exemple. Mais, je ne saurais trop répéter que la médication par les injections mercurielles solubles me paraît mauvaise : d'abord parce qu'elle force le malade à venir trop souvent chez le médecin et cela pour un profit de santé, en vérité, par trop insuffisant ; si cette médication suffit pour les cas légers, elle ne guérit les autres qu'en apparence, superficiellement, pas plus que les pilules, et non à fond, comme le calomel ou l'huile grise. A l'appui de mon dire, je peux citer le cas d'un malade que j'observe en ce moment même et qui, après quelques mois de syphilis, est encore atteint de plaques hypertrophiques périnéales et de syphilides secondaires buccales, déjà ulcéreuses, malgré les 32 injections solubles que lui a faites un professeur de notre Faculté. Trois piqûres d'huile grise produisent un résultat infiniment plus satisfaisant. Il n'y a rien de surprenant à cette véritable transformation quand on réfléchit que le mercure seul est le véritable contre-poison du virus syphilitique et que, dans chaque injection d'huile grise, il y a, pour les quatre gouttes, qui constituent la dose inférieure de l'adulte doué de bons reins, sept centigrammes de mercure métallique, soit un centigramme par jour, puisqu'une nouvelle dose, d'après les indications de l'élimination du mercure par l'urine, est faite le huitième jour suivant. Or dans les injections solubles, à moins qu'elles soient répétées deux fois par jour (et vous voyez alors si c'est pratique dans la clientèle privée ou dans un service public nombreux), il n'y a que des doses bien moindres du médicament vraiment efficace. Je rappelle en effet que :

Un centimètre cube d'huile biiodurée contient 4 milligrammes de bi-odure qui correspond à 0 gr. 00176 de mercure métallique;

Un centimètre cube de solution de cyanure à 1 0/0 correspond à 0,0079 de mercure, alors que un centigramme d'Heramophényl, ce nouveau sel mercuriel des chimistes lyonnais, dosé à 5 milligrammes par centimètre cube correspond à 2 centigrammes de mercure (note de M. F. Vigier). De même, le cacodylate de mercure est composé de 0,579 d'acide cacodylique, de 0,326 d'arsenic et de 0,421 de mercure.

Dans ces conditions, le cacodylate de mercure même perfectionné selon la méthode indiquée par M. Fraisse, me semble devoir conserver tout ce que je considère comme les désavantages de la méthode des injections de préparations mercurielles solubles.

Ce n'est pas du reste le lieu de rouvrir la discussion sur les avantages respectifs de la cure de la syphilis par les injections insolubles ou solubles et je n'insiste pas. Je constate seulement qu'après dix-huit injections de cacodylate de mercure, je trouve une des malades présentées

par M.Brocq atteinte encore actuellement de syphilides secondaires graves. Au moins dans ce cas, la médication reste donc manifestement insuffisante.

Il reste maintenant un second point à discuter : quel avantage y a-t-il dans les cas où les malades ne sont pas à la fois tuberculeux et syphilitiques à donner en même temps l'arsenic et le mercure ? s'ils sont tuberculeux et syphilitiques à la fois, il y a certes indication de donner de l'arsenic en même temps que le mercure, mais puisque le cacodylate de soude peut s'administrer, comme l'a fait M. Danlos, à la dose de 0,80, par jour, ou M. Gautier à la dose de 0,60, ou M. Burlureaux à celle de 0,33, pourquoi ne pas faire, comme un grand nombre ici le font, couramment, une injection d'huile grise dans une fesse et une injection de cacodylate dans l'autre, ou dans une région quelconque où l'on sait ces injections bien tolérées par l'organisme ? C'est là la cure de la syphilis par les médicaments associés, les toniques, comme le conseillait déjà Ricord, fer et quinquina, ou bien l'iodure à petites doses comme on le fait avec avantage contre les lésions ulcéreuses secondaires rebelles au mercure seul, ou enfin par les phosphates et l'hydrothérapie contre la neurasthénie secondaire ou contre l'anémie toxique ? Tous ces moyens constituent la médication dite *mixte* de la syphilis, et je ne vois pas bien ce que le cacodylate de mercure ou ses dérivés, c'est-à-dire l'administration simultanée du mercure et de l'arsenic, nous apporte de bien nouveau à ce point de vue. Il me semble que ce n'est pas une méthode nouvelle. Dois-je ajouter que ces critiques n'ont qu'une portée générale, et que je rends un hommage sincère aux observations toujours si consciencieuses de M. Brocq ; à l'occasion, je n'hésiterais pas à mettre à profit les enseignements de ses expériences.

M. Brocq. — Je répondrai à M. Barthélemy qu'il ne s'agit pas ici d'une communication sur les injections mercurielles mais de l'action thérapeutique de l'association du cacodylate de soude au mercure.

M. Eudlitz. — Puisqu'il est question de l'association du traitement par le cacodylate de soude au traitement mercuriel, je signalerai un fait de ma clientèle. J'ai soigné par les injections de calomel une dame atteinte de syphilis maligne.

Le calomel ne donnant que des résultats insuffisants, j'eus l'idée de lui faire prendre du cacodylate de soude à l'intérieur. Immédiatement l'amélioration des lésions se fit nette et rapide.

M. Gastou. — Chez un malade atteint de syphilis nerveuse, alors que les injections de biiodure de mercure ne semblaient plus avoir d'action, l'usage d'injections de cacodylate de soude a amené dans l'état général une amélioration remarquable. Ces injections dans ce cas avaient été successives et non simultanées.

M. Fournier. — Les injections de cacodylate m'ont paru très douloureuses.

M. Brocq. — Il s'agissait probablement d'injections faites avec du cacodylate acide ; depuis qu'il a été rendu neutre, il n'est plus douloureux.

Syphilides scléreuses et scléro-gommeuses des pieds, sclérose éléphantiasique tertiaire.

Par MM. F. BALZER et P. LECORNU.

M..., sommelier, 37 ans, salle Hillairet, 21, hôpital Saint-Louis.

Ce malade est entré le 7 juin, porteur d'une énorme syphilide scléro-gommeuse des deux pieds et en particulier du pied droit.

Pendant son enfance, il aurait été soigné pour des adénopathies scrofuleuses persistantes et pour une kératite bilatérale suivie d'opacité des deux cornées dont l'une aurait été opérée. Depuis lors, il n'aurait eu d'autre maladie qu'une blennorrhagie non compliquée à l'âge de 25 ans.

En 1895, chancre du prépuce. Pendant les trois années qui ont suivi, le malade croit n'avoir eu ni roséole, ni plaques muqueuses, ni autres accidents secondaires. En tous cas, il n'a suivi aucun traitement. A partir de l'année 1898, il a présenté sur tout le corps et à plusieurs reprises des éruptions ulcérées dont il conserve actuellement de nombreuses cicatrices; mais peu soigneux de sa personne, il a négligé de consulter un médecin et ne s'est, par conséquent, jamais traité, si ce n'est en prenant quelques tisanes dépuratives à base de salsepareille. C'est aussi en 1898 que les deux pieds ont commencé à augmenter de volume, ce qu'ils n'ont pas cessé de faire jusqu'au moment où le malade est venu nous consulter.

Le 7 juin, on constate une énorme hypertrophie du pied droit. La tuméfaction occupe surtout la face dorsale du pied et du cou-de-pied. En haut, elle envahit la face antérieure de la jambe jusqu'à cinq travers de doigt environ au-dessus des malléoles, et même la face interne du mollet jusqu'à 20 centimètres environ au-dessous du genou.

D'un autre côté, elle envahit les orteils dont quelques-uns sont doublés de volume. Le bord externe et surtout le bord interne du pied sont fortement épaissis. Les malléoles disparaissent dans l'épaisseur de la tumeur. La face plantaire n'est que légèrement atteinte et seulement au voisinage du bord interne. Dans son ensemble, la tuméfaction constitue une masse énorme puisque la circonférence du pied mesurée au niveau de la racine des orteils, mesure 31 centimètres; à la partie moyenne du pied, elle mesure 36 centimètres; à la partie moyenne du cou-de-pied et en avant du talon, 43 centimètres.

La tumeur est constituée par un tissu scléreux d'une dureté extrême et on ne peut ni plisser la peau à son niveau, ni la déprimer dans la profondeur. A la face dorsale du pied, surtout en avant, on constate plusieurs ulcérations gommeuses circulaires cratériformes, à bords taillés à pic, à fond bourbillonneux, dont la plus grande peut avoir le diamètre d'une pièce de 2 francs. Dans l'intervalle de ces ulcérations, la peau est d'une coloration rouge violacé; elle est très épaissie, très sclérosée; çà et là, elle est soulevée par des saillies dues à des gommes non ulcérées, les unes dures, les autres ramollies, tandis que dans d'autres endroits, on observe quelques dépressions blanchâtres, cicatricielles, reliquats d'anciennes gommes.

A la partie interne de la face plantaire et sur la face interne du mollet, la peau épaissie présente seulement quelques nodules scléro-gommeux non

ulcérés. En somme, au niveau du cou-de-pied, où elle atteint son maximum de développement, la lésion comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et adhère à l'aponévrose, mais l'intégrité des mouvements des orteils semble indiquer qu'elle a respecté les gaines tendineuses.

Au pied gauche, les lésions sont moins prononcées : elles occupent surtout le cou-de-pied et la région des deux malléoles où l'on observe quelques nodules gommeux, la plupart non ulcérés et de petit volume, saillants au milieu d'un tissu rouge foncé, pigmenté et sclérosé.

L'absence de tout traitement antisyphilitique a contribué certainement au développement énorme de ces syphilides. Quant à la localisation aux pieds et aux cous-de-pied, elle semble due à plusieurs causes : la profession du malade (sommelier), qui l'exposait aux fatigues de la station verticale, enfin surtout plusieurs traumatismes antérieurs de la région, le malade ayant eu quatre entorses successives à droite et trois à gauche. Nous nous sommes demandé, à ce sujet, si les jointures de la région, les articulations tarsiennes et tibio-tarsiennes ne participent pas aux lésions : il n'y a pas, il est vrai, de craquements articulaires et les mouvements du pied et des orteils se font sans douleur et sans difficulté.

Sous l'influence du repos au lit et du traitement (pilules de Dupuytren, 2 grammes d'iodure seulement, l'iodure étant mal toléré, enfin une injection d'huile grise le 16 juin), l'amélioration a été assez rapide. C'est ainsi que les mensurations antérieures sont tombées respectivement de 31 centimètres à 23, de 36 à 25, et enfin de 43 à 37. Les orteils ont à peu près repris leur volume normal, on reconnaît les malléoles, et le pied dans son ensemble tend à reprendre sa forme et à devenir moins éléphantiasique, mais la peau est toujours très scléreuse à la face dorsale du pied.

Les observations de syphilis tertiaire du pied à forme scléreuse ou scléro-gommeuse sont peu nombreuses. Le musée conserve une pièce recueillie par M. Fournier (1) et qui présente certaines analogies avec notre cas, dont le moulage a été fait également par M. Baretta.

Toutefois les lésions sont un peu différentes ; dans le cas de M. Fournier, il s'agit bien d'une syphilide scléro-gommeuse, mais avec prédominance de l'élément gommeux. De nombreuses gommes se trouvent disséminées sur le pied et la jambe dont la peau est en même temps épaissie par la sclérose.

L'observation concernant ce cas a été publiée jadis par l'un de nous (2) dans un travail consacré à l'étude histologique de la gomme syphilitique.

Une seconde pièce provenant du service de M. Fournier nous montre aussi de nombreuses ulcérations gommeuses dans une peau scléreuse au niveau de la région malléolaire (3).

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis : Collection Fournier. Vitrine 122. Moulage 364.

(2) F. Balzer. Contribution à l'étude des gommes de la peau. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1884.

(3) Musée de l'hôpital Saint-Louis. Vitrine 123, n° 322. Gomme syphilitique de la jambe, gomme en nappe. Ulcérations gommeuses confluentes.

Cette année, nous avons observé un cas qui se rapprochait de celui que nous présentons aujourd'hui. Il s'agissait d'un homme âgé de 47 ans, entré le 18 avril, salle Hillairet ; atteint d'une syphilis ancienne, ce malade présentait un épaississement très marqué de la peau à la face interne et plantaire du pied droit, au niveau de l'arcade plantaire et dans une étendue de 8 à 9 centimètres carrés environ. La peau était très dure, inégale et manifestement le siège d'une sclérose épaisse qui avait envahi profondément le tissu cellulaire sous-cutané. L'affection avait évolué sans souffrances, sans ulcérations ; c'était de la sclérose pure en apparence. Le malade ne serait peut-être pas entré à l'hôpital s'il n'avait été en même temps porteur d'une autre syphilide tuberculo-gommeuse ulcérée au niveau de la commissure labiale droite, avec sycosis du nez et de la moustache. Sous l'influence du traitement, on observa une certaine diminution de la tuméfaction éléphantiasique du pied, mais cette amélioration se limita bientôt, et ne faisait plus de progrès lorsque le malade quitta l'hôpital, conservant encore un épaississement éléphantiasique notable de la peau de la région plantaire.

Enfin l'un de nous a observé, il y a quelques années, un cas de même nature chez un infirmier de l'hôpital du Midi, qui présentait une sclérose éléphantiasique syphilitique occupant en forme de semelle monstrueuse toute la peau de la région plantaire. Très dure et considérablement épaissie, elle débordait les deux bords du pied et semblait vouloir envahir la face dorsale du pied. Il n'y avait pas d'ulcérations à la face plantaire, mais il en existait de multiples sur les bords du pied, petites et peu profondes et dues sans doute en grande partie aux irritations extérieures et aux frottements. Le repos et le traitement spécifique amenaient une amélioration momentanée dans l'affection qui restait ensuite stationnaire ou bien de nouveau progressait lentement.

Ces divers cas appartiennent, comme on le voit, à deux types différents :

1° Type scléreux pur, ou du moins sans gommes apparentes, avec épaississement plus ou moins considérable de la peau et des tissus sous-cutanés ; 2° type scléro-gommeux, dans lequel la sclérose domine encore, mais en s'accompagnant de gommes disséminées qui arrivent à se ramollir et à s'ulcérer.

De ces deux lésions, la plus grave au point de vue du pronostic est la sclérose. Les gommes peuvent se résorber sous l'influence du traitement ou bien guérir après leur évacuation, mais la sclérose ne disparaît pas complètement. Elle diminue de volume par le repos qui la décongestionne, par la résorption des petits foyers gommeux microscopiques qui peuvent se trouver dans son épaisseur, mais ce résultat obtenu, elle résiste au traitement et peut toujours reprendre sa marche progressive.

Ces syphilides scléreuses profondes sont à rapprocher à ce point de vue des autres scléroses syphilitiques à marche chronique et envahissante, telles que la stomatoglossite scléreuse, la rectite scléreuse et même les scléroses rubanées ou diffuses du système nerveux. Nous avons pourtant l'espoir d'obtenir chez notre malade le maximum de réduction possible dans sa lésion. Les conditions sont relativement favorables : cet homme n'a jamais été traité, même au moment où il était couvert de syphilides ulcéreuses ; il n'a pris ni mercure ni iodure de potassium. Pour le dire en passant, son cas n'est guère à l'appui des partisans de l'abstentionnisme en matière de traitement mercuriel pendant la période secondaire. Notre malade, en effet, n'a eu qu'une chance, c'est que les accidents nombreux qu'il a subis se soient localisés du côté du tégument externe. Quoi qu'il en soit, chez lui le terrain est vierge de toute médication par les spécifiques, et c'est là sans doute une condition qui lui permet d'en éprouver plus facilement les bons effets. L'amélioration remarquable que nous avons obtenue promptement, semble bien le démontrer, et en continuant le traitement mixte, nous espérons bien réduire encore notablement le volume de son pied.

M. Barthélemy. — Je m'associe à ce que vient de nous dire M. Balzer relativement à la cure facile de l'élément gommeux et à la résistance que l'on rencontre au contraire de la zone scléreuse, dans le traitement des manifestations tardives de la syphilis.

Pourtant, quand cette sclérose est récente, on peut agir sur elle avec avantage, et on peut même arriver à la disparition totale de la lésion, et pour les tissus, à la *restitutio ad integrum*. Mais il faut que la sclérose soit jeune ; quand elle est ancienne, on n'obtient rien, que cette sclérose soit indirecte, comme dans le tabes ou même dans la leucoplasie, ou qu'elle soit directe, comme dans la kératose plantaire du talon ou même dans certaines périostites du tibia ou de la clavicule, par exemple.

Toutefois pourtant, moi qui suis un partisan, dans le traitement de la syphilis, du mercure presque seul pour l'immense majorité des cas, je pense que dans certains cas le traitement mixte, c'est-à-dire l'association du mercure et de l'iode (iodure de potassium et non de sodium à petites doses, 1 gramme par jour, par exemple, pour la période secondaire), donne des résultats qu'on n'obtient pas par le mercure seul, bien que le mercure reste toujours cependant l'agent efficace et bienfaisant par excellence. C'est ainsi que j'ai vu dernièrement une ulcération syphilitique secondo-tertiaire de la lèvre qui a résisté à quatre injections d'huile grise et qui a disparu avec une rapidité significative dès que j'ai administré en même temps 1 gramme d'iodure de potassium. La médication mixte par excellence est constituée par le mercure et l'iode ; le fer et le mercure répondent à d'autres indications ; comme je le disais déjà tout à l'heure, il en est de même du mercure et de l'arsenic, des phosphates et de l'hydrothérapie, du quinquina et de la bonne hygiène : toutes choses très utiles contre l'état de dénutrition produit par le virus syphilitique selon les tendances de tel ou

tel organisme. Mais dans ce cas, l'état général est surtout modifié, tandis que dans les faits de sclérose ou d'ulcérations rebelles, il s'agit de la modification d'un état local réalisé par la petite dose d'iode associé à une forte dose de mercure, celle-ci restant jusque-là inefficace, alors que le mercure est pourtant l'agent utile par excellence contre le virus syphilitique. La sclérose est-elle donc due à une cause plus complexe que la gomme ? Son mécanisme n'est pas encore bien connu.

M. Fournier. — Ce cas est très important, j'en ai eu de semblables. La sclérose syphilitique ne cède pas comme les gommes, et plus on laisse vieillir, plus le traitement devient inactif et inutile. Si une sclérose analogue à celle de cette jambe était transportée au rectum, on aurait le rétrécissement rectal syphilitique typique.

M. Mauriac. — J'ai vu un cas de sclérose rebelle des lèvres guérir par les injections de calomel. Un traitement intensif peut donner de bons résultats alors qu'un traitement modéré ne fait rien.

Macules atrophiques succédant à des syphilides papuleuses en nappe.

Par MM. F. Balzer et P. Lecornu.

P. E..., 21 ans, imprimeur, contracta la syphilis en avril 1900, époque à laquelle il vint consulter à l'hôpital Ricord pour un chancre de la rainure balano-préputiale. Un mois après apparut la roséole et on institua le traitement : deux pilules de protoiodure Hg et gargarismes au chlorate de potasse. Ce traitement fut suivi pendant un mois.

Le 19 juillet 1900, le malade entra salle Hillairet (hôpital Saint-Louis) et l'on fit le diagnostic de syphilis secondaire : éruptions papuleuses disséminées sur le tronc, les membres supérieurs et la face. Le malade fut soumis au traitement (bains, pilules de protoiodure, gargarismes), et à la fin de juillet il sortait très amélioré, l'éruption était très effacée.

Mais le 6 septembre, bien que le traitement n'ait subi aucune interruption, le malade rentrait dans le service pour une nouvelle poussée très intense de syphilides papuleuses en nappes disséminées à la face, au tronc et au cou, moins nombreuses aux membres. Les taches étaient larges, arrondies, peu saillantes, remarquables par une coloration rouge cuivré très intense, très rebelle, qui oblige le malade à faire un long séjour.

Au traitement déjà institué, on ajouta des frictions avec la pommade au calomel forte ; au mois de novembre, l'éruption ayant pâli un peu, le malade sortait de l'hôpital ; il continuait d'ailleurs à se traiter jusqu'en janvier 1901. Les éléments persistent pendant les premiers mois de l'année, en pâlissant très lentement.

Le 21 juin 1901, le malade revient consulter et nous constatons alors que l'éruption, encore très visible, est constituée par des macules qui sont en voie de disparaître. Mais nous sommes frappés de l'état d'atrophie de la peau qui accompagne cette régression des papules syphilitiques. Cet état

atrophique est appréciable à la face, au cou, à la partie supérieure du thorax et aux membres supérieurs, car ailleurs l'éruption a disparu sans laisser de traces, si ce n'est aux membres inférieurs quelques macules pigmentées.

A la face il existe plusieurs macules ovalaires de la dimension d'une pièce de cinquante centimes à un franc, d'une coloration rouge foncé peu marquée. Au niveau de ces macules, la peau semble déprimée, tandis qu'à la périphérie elle paraît saillante et plus épaisse. Au toucher, l'atrophie de la peau est encore plus évidente : la pulpe des doigts appliquée à la surface des macules éprouve la sensation d'une dépression.

Au cou et à la partie supérieure du thorax, il existe des éléments analogues d'un rouge sombre avec atrophie commençante de la peau. Mais à côté de ces macules rougeâtres, on observe sur les parties latérales du cou quelques petites plaques ovalaires blanchâtres, se détachant par leur coloration de la peau voisine qui est à peine pigmentée, car il n'existe pas à proprement parler de syphilide pigmentaire. A leur niveau, la peau est légèrement plissée, froncée ; elle paraît déprimée, ce que confirme la sensation éprouvée par la pulpe des doigts qui, appliquée à leur niveau, pénètre dans une dépression cupuliforme.

Aux membres supérieurs et au tronc, on n'observe pas de plaques de leuco-atrophie cutanée, mais seulement des macules encore rouges analogues à celles de la face, assez nombreuses, et au niveau desquelles l'atrophie paraît assez prononcée déjà.

Cette observation mérite l'attention à cause de plusieurs particularités. Il n'est pas toujours facile de voir ainsi l'atrophie de la peau succéder à la papule et même s'opérer sous les yeux de l'observateur. Le plus souvent les lésions atrophiques, assez accusées pour aboutir à la vergeture post-éruptive, ne sont observées que longtemps après la disparition totale de tous les signes de l'infiltration papuleuse. Dans notre cas, au contraire, on assiste aux phases diverses du processus : aplatissement de la papule qui se décongestionne et donne au doigt la sensation d'une dépression cupuliforme dans le derme ; en d'autres endroits, plissements de la peau, aspect légèrement gaufré, indiquant que le processus atrophique n'atteint pas le même degré sur tous les points de la papule en régression ; ailleurs enfin, tendance plus marquée à la formation d'un écartement des faisceaux du derme et d'une véritable dépression vergeturoïde. Le processus atrophique continue actuellement à s'accomplir, et il sera intéressant de voir dans quelques mois quel degré auront atteint les diverses lésions.

Le cas nous suggère encore d'autres remarques. Voici un malade atteint d'une éruption papuleuse d'une intensité et d'une persistance exceptionnelles, occupant en grande partie la face, le cou, les épaules, la partie supérieure du tronc, c'est-à-dire les régions qui sont le siège habituel de la syphilide pigmentaire. Et pourtant la pigmen-

tation ne s'est pas produite, nous ne voyons pas de réseau brunâtre autour des papules. La pigmentation que nous attendions ne s'est pas constituée et désormais paraît devoir manquer.

Ce fait nous confirme dans l'opinion qui a déjà été exprimée par l'un de nous, à savoir, que la pigmentation, bien que subordonnée à l'évolution des éléments éruptifs dans la syphilide pigmentaire, ne doit pourtant se développer qu'en vertu de conditions pathogéniques spéciales qui ne se réalisent que dans certaines éruptions et non dans toutes. Malgré les récents travaux parus sur ce sujet, ces conditions sont encore obscures et doivent être recherchées.

Éruption papulo-vésiculeuse provoquée par le contact des chenilles.

Par MM. F. Balzer et P. Lecornu.

L. A..., âgée de 45 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Le lundi 27 mai, au cours d'une promenade dans la forêt de Bondy, cette dame s'endort sous un arbre ; après trois heures de sommeil, elle se réveille couverte de chenilles longues, jaunes et à longs poils qui sont étalées sur ses vêtements, ses mains et la moitié droite de sa figure. En rentrant à Paris, elle éprouve de très vives démangeaisons à la figure et aux mains, et y voit apparaître des taches rosées surmontées d'une petite vésicule. La nuit et les jours suivants, le prurit devient plus violent; de nouvelles taches apparaissent, et sous l'influence du grattage quelques vésicules laissent suinter un liquide roussâtre. Enfin l'amélioration étant assez lente, la malade vient consulter le jeudi matin à l'hôpital Saint-Louis.

On observe encore une éruption siégeant seulement sur les régions découvertes, les mains et la partie inférieure des avant-bras, la moitié droite de la face et du cou, et la nuque. Les éléments qui la constituent sont bien visibles, surtout aux mains et aux avant-bras, où ils sont assez nettement isolés. On observe à ce niveau des papules surélevées, d'un rouge sombre, dont le centre est vésiculeux et légèrement déprimé. Quelques-unes de ces taches sont disposées en traînées; les plus grandes ont à peine le diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Çà et là, entre elles il existe quelques vésicules assez petites remplies d'un liquide transparent. Tous ces éléments sont le siège d'un violent prurit.

A la face il existe des éléments analogues, mais moins nets par suite de la confluence de l'éruption ; c'est ainsi qu'au pourtour de l'oreille, la peau est seulement gonflée, rouge et comme chagrinée par suite de la présence de nombreuses petites vésicules.

Au cou il existe encore quelques petits éléments, mais on observe surtout de nombreuses traces de grattage.

Le moulage de M. Baretta que nous présentons à la Société reproduit seulement l'éruption de la main (1). Les éruptions causées par le

(1) Pour les renseignements bibliographiques, voir Raphael Blanchard, *Zoologie médicale*, 1890. — Fabre et Vallin, *Acad. de médecine,* juin 1901.

contact des chenilles sont bien connues. Dans une toute récente publication, M. Fabre a démontré que l'irritation cutanée est causée par le contact des matières fécales, opinion corroborée par des expériences démonstratives et appuyée par un savant rapport de M. Vallin.

Un cas de lichen scrofulosorum.

Par MM. HUDELO et HERENSCHMIDT.

Nous avons eu l'occasion de voir à la consultation et de recevoir dans nos salles, ces jours-ci, un jeune garçon de 12 ans, né d'un père mort tuberculeux, atteint lui-même de tuberculoses locales articulaire et ganglionnaire, et qui porte sur la peau une éruption typique de lichen scrofulosorum. Nous eussions préféré attendre pour vous le présenter d'avoir fait sur lui les recherches de laboratoire obligatoires, mais comme la dermatose qu'il présente semble tendre à la régression et que notre prochaine réunion est lointaine, nous risquerions de vous présenter au mois d'octobre un malade guéri.

Voici l'observation de cet enfant, observation purement clinique :

Le jeune P. N..., âgé de 12 ans et demi, est né de parents bien portants jusqu'en 1889. A ce moment, le père est reconnu tuberculeux ; il succombe trois ans plus tard. La mère est restée d'une bonne santé.

Le ménage a eu quatre enfants, sur lesquels deux sont morts de bronchite à quatorze mois. La sœur aînée de notre petit malade n'est qu'un peu anémique.

Lui-même a été atteint à 18 mois d'une coxalgie de la hanche gauche, dont il se remit lentement ; à 9 ans, il contracte une rougeole avec complications de kératite et de blépharite, dont il garde une taie cornéenne et un ectropion de la paupière inférieure droite.

A ce moment, et pour la première fois, se serait manifestée chez lui une éruption identique à celle dont il est actuellement porteur et qui aurait disparu spontanément en trois à quatre mois.

Il y a dix-huit mois, la hanche, antérieurement atteinte de coxalgie, présente une suppuration d'origine osseuse; séjour de quatre mois à Trousseau et de quatre mois à Berck. Au retour de la mer, il est envoyé à la campagne où il séjourne jusqu'à ces jours derniers, mangeant de bon appétit, ne toussant pas, conservant seulement de sa coxalgie une claudication incurable.

C'est en avril 1901 que l'éruption actuelle s'est manifestée avec le même siège qu'elle occupe actuellement ; ne déterminant aucun malaise, elle présentait les premiers mois une coloration rouge qu'elle a perdue actuellement.

État actuel. — Notre petit malade est un enfant chétif, mal venu, amaigri ; il pèse, habillé, 28 kilogrammes. Il présente de nombreux gan-

glions aux aines et au cou ; à la partie latérale gauche du cou, on note une adénite tuberculeuse ulcérée.

Les abcès osseux de la hanche sont taris ; le malade a gardé une ankylose articulaire avec raccourcissement du membre et scoliose de compensation.

Les poumons semblent absolument indemnes ; rien à noter au niveau du cœur, ni des organes digestifs, ni des reins.

Les deux testicules sont atrophiés ; le gauche est retenu contre l'anneau inguinal externe, et est à peine perceptible ; le droit a à peine le volume d'un haricot flageolet.

On constate au niveau des deux fesses, à la région pubienne et à la partie supérieure des deux cuisses, de nombreuses cicatrices blanches, un peu déprimées, non pigmentées à leur pourtour.

La coïncidence de ces cicatrices, de l'atrophie testiculaire double, de la taie cornéenne droite pourrait faire suspecter l'hérédo-syphilis ; mais nous n'avons noté ni altérations dentaires, ni malformations crâniennes, ni modifications des tibias, et nous pensons que ces divers stigmates doivent être imputés soit à d'anciennes lésions bacillaires guéries, soit à l'état de dégénérescence hérédo-tuberculeuse dont ce malade est un type.

L'éruption dont il est porteur depuis le mois d'avril occupe, au dire de la mère de l'enfant, la même topographie aujourd'hui qu'il y a trois mois ; elle ne s'est point étendue.

Elle occupe principalement le tronc, et ne se prolonge sur les membres que jusqu'au coude pour le membre supérieur, la partie moyenne de la cuisse pour le membre inférieur. Le visage est absolument indemne. Elle forme des placards en majeure partie circulaires dont le diamètre varie de 1 à 4 centimètres ; quelques-uns, notamment au niveau du dos, sont beaucoup plus étendus et ont une forme irrégulière, mais à contours relativement polycycliques.

Ces placards sont presque tous d'une coloration brunâtre, chamois ; quelques-uns ont absolument le coloris de la peau normale. Nous rappelons qu'à leur début ils étaient franchement rouges.

Chacun d'eux est constitué par l'agrégation de nombreuses papules, atteignant à peine le volume d'une tête d'épingle, rondes, plates ou à peine acuminées, qui répondent toutes évidemment comme siège à des follicules pilo-sébacés ; on note çà et là de petites squames à leur niveau. Ces papules font une saillie légère, dure, qui donne, lorsqu'on passe la main sur les placards, l'impression d'nne râpe.

Le système pileux étant à peine développé chez notre malade, nous n'avons pas constaté que les papules fussent centrées par un poil intact ou cassé.

Sur aucun point des placards, nous n'avons constaté de processus ulcératif, non plus que de cicatrice.

L'éruption n'a déterminé à aucun moment ni douleur, ni prurit.

Signalons enfin des lésions de kératose pilaire aux lieux d'élection, face postéro-externe du bras, face antérieure des cuisses et externe des jambes.

Nous pouvons conclure que notre malade réalise un cas typique de lichen scrofulosorum, en voie vraisemblablement de régression. Il est probable, sans que nous puissions l'affirmer, qu'il a déjà présenté une atteinte semblable, succédant à une rougeole, comme le cas est fréquent, alors qu'il avait antérieurement présenté une lésion tuberculeuse de la hanche. La poussée actuelle, d'autre part, coïncide avec une adénite cervicale tuberculeuse.

Nous nous contentons, pour aujourd'hui, de vous présenter le malade avant que son éruption ait disparu. Notre intention est de compléter son étude par les recherches histologiques, bactériologiques, expérimentales que comporte son cas, sans avoir la prétention de trancher le litige toujours pendant malgré les faits de Jacobi, de Pellizzari, de Wolf, s'il s'agit d'une lésion primitivement bacillaire, ou d'origine exclusivement toxinique.

Syphilis secondaire avec leucoplasie, épilepsie jacksonnienne et diabète sucré.

Par M. DANLOS.

(Observation recueillie par M. BLOCH, interne du service.)

Claude B..., âgé de 24 ans, garçon de café, entré le 19 avril 1900, salle Bichat.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Une sœur morte en bas âge.

Une autre sœur morte à la suite de couches.

2 frères morts en bas âge de méningite.

4 frères et 4 sœurs sont vivants : un de ses frères a une affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Aucune affection antérieure.

N'a jamais eu de crises nerveuses. Pas de tuberculose, un peu d'alcoolisme. Tabagisme assez prononcé ; mais il ne fume plus depuis qu'il est entré à l'hôpital.

Le malade entre une première fois dans le service le 22 février pour un chancre induré siégeant dans le sillon balano-préputial, s'accompagnant d'adénopathie inguinale, bilatérale et indolore, et dont on voit encore actuellement les traces.

Il reste dans le service jusqu'au 14 mars, ayant présenté durant son séjour de la roséole et des éléments d'acné sur la partie postérieure du tronc.

Rien de particulier ne fut observé à ce moment à l'examen des différentes fonctions organiques. L'urine n'était ni sucrée, ni albumineuse.

Le malade prit des pilules et continua ce traitement après sa sortie de l'hôpital.

Le 19 avril, il rentre à nouveau dans le service. Sur tout le corps il présente des éléments éruptifs secondaires : syphilides papulo-squameuses et papulo-acnéiques.

L'éruption respecte le visage et les régions génitales.

La bouche et la gorge sont couvertes de plaques muqueuses; sur les bourses existent également quelques plaques. Les lèvres présentent un aspect blanchâtre qui n'existe pas à ce moment dans l'intérieur de la cavité buccale où l'on observe une stomatite mercurielle intense coexistant avec la présence des ulcérations spécifiques. Le tibia droit est le siège d'une exostose qui disparaît au bout de huit jours.

Le malade présente en outre une alopécie en clairières; il accuse des accès de migraine le soir.

Rien dans les urines.

On n'institue pas le traitement mercuriel, vu l'état de sa bouche.

On cautérise à plusieurs reprises les plaques buccales.

Le 30 avril on soumet le malade aux injections de cyanure de mercure qui sont pratiquées durant onze jours à la dose de un centigramme.

Ces injections provoquent l'apparition de 4 abcès. A la suite de ce traitement, les éléments papuleux s'affaissent rapidement, laissant une pigmentation prononcée.

La onzième injection est faite le 11 mai.

Le 14 mai, il ressent brusquement à l'extrémité du pied droit, une crampe qui monte peu à peu jusqu'à la racine du membre et de là gagne le corps. Il se sent tomber et perd connaissance.

On observa alors une raideur de tout le corps, les lèvres violacées, mais pas de mouvements convulsifs.

L'attaque dura dix minutes.

Il eut ainsi plusieurs attaques les jours suivants, mais les dernières duraient moins longtemps. Les quatre dernières crises survinrent le 18 mai en 5 heures de temps; il ne perdit connaissance à aucune d'elles. Il se mordit la langue une fois.

En l'examinant le lendemain de la première attaque, on remarqua qu'il présentait sur plusieurs points du corps une anesthésie à la douleur, avec conservation de la sensibilité au tact et à la chaleur.

Le 19 mai, le malade fut soumis aux frictions mercurielles et on lui administra de l'iodure à la dose de deux grammes par jour. Les frictions furent continuées jusqu'au 28 juin, et l'iodure jusque vers le 15 juin.

Vers le 26 mai, on remarqua pour la première fois un état blanchâtre de la face interne des joues; de la voûte palatine, de la face inférieure et des bords de la langue, ainsi que des lèvres.

Sur la muqueuse des joues, les plaques leucoplasiques sont confluentes, blanc nacré, présentent un aspect strié et donnent au toucher une sensation d'aspérité, de rudesse. Sur la face inférieure de la langue et ses bords, on observe des traînées blanchâtre.

La voûte palatine est recouverte d'un large placard blanchâtre lisse au toucher.

Le voile du palais est respecté; sur les amygdales, on voit des ulcérations à caractères nettement syphilitiques.

Vers le commencement de juin apparaît sur tout le corps, mais avec prédilection sur la partie postérieure du tronc et sur les membres inférieurs une éruption de petites papules rouge cuivré, de dimensions

assez inégales, quelques-unes présentant des groupements caractéristiques assez brillantes, non striées, ni étalées, se couvrant peu à peu de squames, et faisant relief sur les surfaces pigmentées, traces de l'éruption antérieure. Cette éruption ne s'accompagne pas de prurit.

Vers le 8 juin, le malade s'aperçoit soudainement d'une exagération très notable de la faim et de la soif. En même temps il présente de la polyurie : il urine 8 litres par jour.

Le 16, apparition sur la paume des mains de plaques érythémateuses polycycliques avec léger état corné à la surface.

Le 21, le malade ayant parlé pour la première fois de sa polydipsie et de l'abondance de ses urines, celles-ci sont examinées et contiennent 280 grammes de sucre et des traces d'albumine sur 7 litres et demi.

Le 24, à l'examen du malade, on constate de nouveau : anesthésie à la douleur sur tout le corps, sauf sur les éminences thénar, à la face postérieure des membres inférieurs, à la région interne des cuisses.

Pas d'anesthésie pharyngée ni cornéenne; conservation du réflexe pupillaire à la lumière et à l'accommodation ; pas de rétrécissement du champ visuel ; pas de paralysies des muscles de l'œil, les réflexes rotuliens persistent normaux ; tendance au refroidissement des extrémités ; pas de troubles de la motilité.

92 pulsations avec quelques irrégularités dans le rythme du cœur.

Rien de particulier à l'examen des autres viscères : peut-être un peu de subictère conjonctival (?) ; pas d'augmentation ni de sensibilité du foie, un peu d'amaigrissement, insomnie.

24 au 25 : 311 grammes de sucre sur 5 litres.

25 au 26 : 600 grammes sur 8 litres.

Le malade accuse des étourdissements, de la céphalée, de l'amblyopie à droite.

26 au 27 : 658 grammes sur 8 litres et demi.

27 au 28 : 540 grammes 48 sur 8 litres.

On suspend les frictions mercurielles, on donne le régime des diabétiques : 10 grammes de bicarbonate par jour, pain de soya ; suppression des féculents.

28 au 29 : 550 grammes sur 8 litres.

29 au 30 : 267 gr. 80 sur 5 litres. Ce jour-là, le malade éprouve quelques troubles digestifs, en particulier de la diarrhée (7 à 8 selles par jour).

30 juin au 1er juillet : le malade n'accuse plus de céphalée, ni de diminution de l'acuité visuelle. Il mange et boit moins. La diarrhée persiste. 6 litres d'urine avec 306 grammes de sucre.

Il présente dans le cuir chevelu quelques croûtelles disséminées.

Les taches leucoplasiques sont peut-être moins confluentes.

Sur le corps, les papules syphilitiques sont plus grosses, très planes, quelques-unes sont squameuses ; certaines ont un aspect circiné. Sur la poitrine, quelques-unes sont excoriées par grattage. Même état de l'érythème palmaire.

Les plaques muqueuses persistent toujours aux commissures, et c'est dans leur voisinage que la leucoplasie des lèvres est le plus épaisse.

1er au 2. A eu ce matin des palpitations.

Depuis plusieurs jours, le pouls est un peu accéléré, sans fièvre. La diarrhée, bien que diminuée par le bismuth et l'élixir parégorique, tend à persister. Elle a persisté malgré la suppression du bicarbonate de soude ; suppression faite sur la demande du malade qui lui attribuait ses troubles digestifs. 212 grammes de sucre avec 4 litres d'urine.

2 au 3. Cinq litres d'urine avec 309 grammes de sucre.

Le 4. Présentation du malade à la Société. Bien que la suppression des féculents puisse être pour quelque chose dans l'abaissement du chiffre du sucre, nous pensons que le facteur principal de cette amélioration plus apparente que réelle a été la diarrhée. C'est elle probablement qui a fait tomber le volume de l'urine de 8 à 4 et 5 litres par jour.

1° Dans ce cas absolument rare, peut-être même unique jusqu'à ce jour, trois points méritent plus particulièrement de fixer l'attention : 1° la leucoplasie ; 2° les attaques convulsives ; 3° le diabète.

La *leucoplasie* s'est développée sous nos yeux à la fin d'avril, c'est-à-dire au troisième mois de la maladie. Elle n'existait pas le 16 avril jour de la deuxième entrée à l'hôpital, ou du moins n'occupait alors, sous la forme d'un réseau blanchâtre peu distinct, que le bord rouge des lèvres, principalement vers les commissures, sans pénétrer dans l'intérieur de la bouche. Depuis elle a pris une extension telle que je n'en ai jamais observé d'aussi grande dans la syphilis secondaire. La totalité de la bouche, sauf la face dorsale de la langue, le voile palatin et ses piliers, les gencives, en est atteinte. Sur les joues l'apparence est typiquement celle du lichen plan buccal, même aspect nacré, même disparition en réseau et en pointillé, même rugosité sous le doigt. L'aspérité au toucher manque toutefois sur la voûte palatine et sur les bords de la langue. L'identité avec le lichen plan buccal est absolue.

Elle est d'autant plus grande qu'au moment même où la leucoplasie prenait cette extension, le malade faisait sur le dos une petite éruption papuleuse qui rappelait de très près le lichen de Wilson. Depuis, les éléments papuleux du dos se sont développés en prenant l'aspect caractéristique du lichen syphilitique à petites papules, ce qui élimine cette cause d'erreur.

Dès l'origine, du reste, j'ai rattaché la lésion buccale à la syphilis et non au lichen, en me basant, non sur l'apparence objective qui ne permettait aucune différenciation, mais sur les conditions dans lesquelles se trouvait le malade. On sait, en effet, qu'une leucoplasie, transitoire bien qu'un peu tenace, n'est pas rare dans le cours de la syphilis secondaire. Nous avons ici la même forme morbide ne différant des cas ordinaires que par son excessive étendue. Pour expliquer cette diffusion, on pourrait peut-être invoquer l'abus antérieur du tabac ; l'abondance des plaques muqueuses, la stomatite mercurielle dont l'existence au moment de la deuxième entrée nous a obligés à

différer le traitement, peut-être enfin des antécédents arthritiques héréditaires (un frère cardiaque...), mais aucune de ces hypothèses ne nous donne satisfaction.

Les *attaques convulsives* sont survenues sans cause occasionnelle appréciable, sans que l'on puisse incriminer l'influence de l'alcool ou d'un névrosisme antérieur. Nous n'avons assisté a aucune d'elles et au début nous avons eu des doutes sur leur véritable nature. Le malade présentant de l'analgésie, nous pensions à une affection hystérique éveillée par la syphilis; mais l'absence de zones hystérogènes, le défaut de rétrécissement du champ visuel, joints à la morsure de la langue, nous ont fait pencher vers le diagnostic d'attaque épileptiforme. On sait que des faits de cette nature ont été décrits, par M. Fournier, notamment dans la syphilis secondaire, chez des sujets qui avant et après n'ont jamais présenté semblables attaques. Quant à la cause prochaine de ces accès, le malade ayant eu antérieurement une périostose fugace du tibia, on pourrait peut-être incriminer une tuméfaction osseuse intra-crânienne au niveau des régions motrices; mais cette hypothèse ne repose sur aucun indice sérieux puisque le malade n'a ressenti sur le côté gauche de la tête aucune douleur. Le mécanisme de ces attaques reste absolument inconnu et nous ne pouvons valablement choisir entre l'hypothèse d'une lésion passagère et celle d'un phénomène toxique ou réflexe. Même incertitude sur les causes de leur disparition : celle-ci a coïncidé, il est vrai, avec l'institution du traitement mixte; mais c'est le premier jour du traitement qu'elles ont cessé et l'on ne peut voir entre les deux faits qu'un rapport de coïncidence. Les attaques ont évolué indépendamment de toute influence thérapeutique. Elles se sont développées quatre jours après une série de onze injections de cyanure de mercure, et ont cessé avant que le traitement rétabli eût pu produire aucun effet. Entre outre, institué le 19 mai sous forme de frictions et continué jusqu'au 26 juin (avec six grammes d'onguent napolitain, 2 grammes d'iodure par jour), le traitement mixte n'a pas empêché l'extension du lichen syphilitique dans le dos, l'apparition des placards érythémateux dans la paume des mains et le développement de la glycosurie.

C'est en effet vers le 8 jun, c'est-à-dire après trois semaines de traitement, que le malade a ressenti les premiers indices de diabète; aussi avons-nous quelque raison de craindre que les frictions n'aient pas été bien faites. L'absence de stomatite, celle-ci s'étant montrée à un haut degré quand le malade prenait des pilules, plaiderait dans le même sens.

Le diabète est le point le plus intéressant de cette curieuse observation. Il s'est montré soudainement vers le 8 juin, c'est-à-dire 19 jours après la suppression des crises convulsives et sans cause

occasionnelle. Il a pris d'emblée et a conservé une intensité considérable. Au 26 juin, on comptait 8 litres d'urine et 600 grammes de sucre.

Une glycosurie de cette intensité est presque inconnue dans la syphilis; non pas que le diabète sucré syphilitique soit contestable; mais toujours il apparaît à la période tertiaire de la malade dont il constitue d'ailleurs une manifestation extrêmement rare. Presque toujours, il reste dans les limites modérées (1 à 3 p. 100 avec deux à trois litres d'urine), et s'accompagne de symptômes de syphilis cérébrale, troubles de la vue, paralysies oculaires, vertiges, phénomènes bulbaires, hémiparésie, etc. (Scheinmann). Plus rarement encore, il semble lié à des lésions du foie ou du pancréas, ou même indépendant de toute lésion d'organe appréciable.

Si le diabète est très rare dans la syphilis tertiaire, il est presque inconnu dans la syphilis secondaire. J'ai fait à ce sujet quelques recherches bibliographiques et je n'ai pu trouver qu'un seul fait comparable dans le très intéressant mémoire de Manchot, qui reproduit et discute presque toutes les observations publiées avant 1898 sur les rapports du diabète et de la syphilis. Se basant sur ces études bibliographiques et sur ses recherches personnelles, Manchot, sans nier explicitement le diabète syphilitique secondaire, dit que l'on n'observe guère que la glycosurie passagère à cette période de la maladie. D'après lui, cette glycosurie serait assez fréquente en Allemagne, car il dit l'avoir constatée dix fois sur 186 hommes et sept fois sur 173 femmes. Il est vrai que discutant lui-même la valeur de ses recherches, il rejette un certain nombre de cas et réduit la fréquence de la glycosurie temporaire à 4,3 p. 100 chez les hommes et 2,3 p. 100 chez les femmes. Nous croyons, même avec cette atténuation, ces chiffres encore trop élevés. Peut-être s'expliquent-ils par l'abus de la bière si fréquent en Allemagne, car c'est après les libations du soir que la glycosurie a été surtout constatée. En France, nous n'avons vu rien de semblable et bien que l'urine de tous nos malades entrants soit toujours examinée au point de vue de sucre, nous n'avons pas souvenir d'un seul cas de glycosurie observé à la période secondaire. Du reste, cette glycosurie serait essentiellement passagère, s'observerait pendant un temps variable d'un à six jours, soit avec, soit un peu avant l'éclosion des phénomènes généraux, et la teneur en glycose ne dépasserait pas 0,2 à 4 p. 100, exceptionnellement 1,5 p. 100.

Quant au diabète proprement dit, ce serait chose inconnue à la période secondaire. Le mémoire si complet de Manchot n'en rapporte qu'un exemple déjà cité, mais très brièvement, dans l'ouvrage de Jullien et dans le mémoire de Scheinmann (10ᵉ fait).

Il s'agit d'un malade atteint de syphilis secondaire (exanthème maculeux généralisé coïncidant avec un diabète intense). En sept semaines une cure de frictions fit tout disparaître sans traitement

diététique. Il est vrai que la diabète reparut plus tard sans syphilides, et que le malade mourut quelques temps après à la suite d'une cure à Carlsbad ; mais cette circonstance n'est pas de nature à confirmer l'hypothèse de diabète syphilitique. Ce qui l'est davantage, c'est que l'on ne sait pas avec précision si le malade n'était pas diabétique avant la syphilis, et c'est que sa mère paraît être morte du diabète. On voit donc, si les recherches de Manchot ont été complètes, que notre cas serait le premier dans lequel l'influence de la syphilis à la période secondaire sur la production du diabète serait incontestable.

On pourrait,il est vrai,nous objecter qu'il s'agit d'une coïncidence fortuite et que les deux maladies coexistent chez notre sujet sans être une relation causale. Pour qu'un diabète puisse être réputé syphilitique, il faut : 1° qu'il soit postérieur à la syphilis ; 2° que la syphilis soit chez le diabétique en activité manifeste, sans quoi le diabète pourrait aussi bien relever de toute autre cause : 3° que le traitement diététique soit impuissant ; 4° que le traitement spécifique fasse prompte justice du mal.

De ces quatre conditions, deux seulement sont à la rigueur nécessaires, la première et la quatrième. La première seule est réalisée chez notre sujet et nous reconnaissons qu'il en résulte une lacune sérieuse. Aussi si nous n'avions pas été à la veille des vacances, aurions-nous remis au mois suivant la présentation de notre malade. Dans la séance de rentrée nous fournirons le complément de l'observation. Nous croyons toutefois, que malgré l'absence de la preuve thérapeutique, la présomption tirée de l'intensité de la syphilis, de l'activité actuelle de ses manifestations cutanées et nerveuses (épilepsie) rend presque certaine la nature spécifique de ce diabète secondaire.

M. Fournier. — J'ai déjà observé des cas de syphilis nerveuse précoce avec glycosurie et, dans ces cas, il s'agissait le plus souvent de diabète dû à des lésions cérébrales, ainsi que l'évolution ultérieure me l'a démontré. Un second fait extraordinairement rare est la leucoplasie étonnante que présente ce malade; je n'en ai vu qu'un cas analogue et je me demande s'il s'agit vraiment de leucoplasies.

M. Danlos. — L'aspect de la langue est plutôt celui du lichen.

M. Renault. — Il est à remarquer que la plupart des malades atteints de leucoplasie sont des arthritiques.

Adénomes sébacés de la région temporale.

Par MM. E. Gaucher et Lacapère.

L'adénome sébacé est une affection rare, presque toujours localisée à la face, et particulièrement au sillon naso-génien. Cette localisation

est assez exclusive pour qu'il nous semble intéressant de rapporter ici l'observation d'une malade atteinte d'adénomes sébacés localisés à la région temporale, et que nous traitons depuis quelques jours à l'hôpital Saint-Antoine. Voici l'histoire résumée de la maladie :

Mme D..., âgée de 54 ans, se présente le 10 juin à notre consultation dermatologique. Elle est atteinte d'une éruption localisée à la tempe gauche et constituée par un groupe de papules dont l'apparition remonte à une époque déjà assez éloignée.

Il y a six ans, en 1895, la malade remarquait à la région temporale gauche, à la limite d'implantation des cheveux, une petite papule, d'une coloration rosée, du volume d'une grosse tête d'épingle et qui déterminait un prurit léger mais persistant. Au bout de dix-huit mois environ, apparurent quelques petits éléments tout à fait semblables au premier, disséminés sur l'espace de quelques centimètres carrés et occasionnant quelques démangeaisons. Depuis ce temps, les éléments se sont multipliés et sont devenus plus volumineux, en même temps que les démangeaisons devenaient plus vives.

Actuellement, les papules, au nombre d'une vingtaine, ont un volume qui varie d'une tête d'épingle pour les plus récentes jusqu'à la grosseur d'une petite lentille pour les plus anciennes. Irrégulièrement groupées, elles occupent le tégument qui recouvre la fosse temporale.

Les papules, largement implantées, présentent une forme lenticulaire et une couleur un peu variable. Les plus petites sont d'un rose vif, les grosses sont blanchâtres et un peu translucides. Elles sont assez résistantes à la pression, ne s'écrasant pas comme des vésicules ; cependant on peut à l'aide de l'ongle déterminer à leur surface un sillon qui persiste pendant quelque temps. Quand on les pique profondément, on fait sortir une gouttelette de liquide. A part le prurit assez vif dont elles sont le siège, elles ne présentent aucune douleur spontanée ni à la pression.

Sur la tempe droite, il n'existe pas d'éruption analogue, mais la présence de quelques petits points rouges, légèrement prurigineux, permet de croire que des éléments semblables sont en formation. De ce même côté, il faut noter la présence de trois ou quatre verrues séborrhéiques d'un gris jaunâtre, à contour légèrement irrégulier.

Le cuir chevelu est parsemé de squames de pityriasis simplex. La peau de la face est vivement colorée et présente de place en place quelques petits éléments acnéiques, d'un rouge vif, tranchant par la rapidité de leur évolution sur l'éruption fixe, durable, qui siège aux tempes.

La stabilité de l'éruption, l'accroissement lent et régulier des éléments, la nature de leur contenu, leur coloration rosée translucide permettent de les distinguer facilement des pustules d'acné, des nævi verruqueux de la face et des syphilides acnéiformes.

Malgré la bénignité de l'affection et sa faible réaction locale, les démangeaisons qu'elle provoque et la certitude de la persistance des

papules nous conduisent à la traiter d'une façon définitive par la cautérisation successive au galvano-cautère de chacun des éléments.

Gomme rétro-oculaire dans la période secondaire de la syphilis.

Par MM. E. Gaucher et Lacapère.

Le 12 juin 1901 entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Littré, une malade atteinte de cécité presque complète avec exorbitis unilatérale. C'est une femme de 49 ans qui, depuis vingt ans, exerce la profession de marchande ambulante à la suite des régiments.

La malade, interrogée avec soin, nie tout antécédent morbide, sauf une infection puerpérale remontant à une date éloignée. Elle a mis au monde dix enfants, sur lesquels trois restent vivants ; les autres sont morts les uns du croup, d'autres de convulsions, de méningite, nous dit-elle. Enfin elle a fait deux avortements, en 1873 et 1877.

Les accidents actuels ont débuté il y a sept mois, en novembre 1900. A cette époque, la malade reçut de violents coups de poing, qui déterminèrent de l'enflure de la face et des bosses sanguines considérables du cuir chevelu. Celles-ci, indolores pendant quelques semaines, se mirent à augmenter de volume, occasionnant de violentes douleurs qui décidèrent la malade à consulter un médecin, quatre mois et demi après le début des accidents. Le médecin conseilla des frictions à l'onguent napolitain sur les bosses du cuir chevelu, et il administra à l'intérieur des pilules dont la malade ne peut indiquer la nature.

A la suite de ce traitement, les bosses du cuir chevelu disparurent dans l'espace de quinze jours environ, mais une éruption de petits boutons rouges se montrait sur tout le corps, respectant seulement la face et les extrémités, ne déterminant qu'un prurit tout à fait insignifiant et s'accompagnant d'érosions des muqueuses buccale et vaginale, qui signalèrent leur présence par de vifs picotements.

Il y a quinze jours, c'est-à-dire deux mois et demi après le commencement du traitement, la vue s'affaiblissait rapidement, en même temps qu'apparaissaient du gonflement et des douleurs de l'œil gauche. En quelques jours, la cécité fut presque complète. La malade s'adressa alors à un médecin militaire, lui décrivant l'éruption dont elle était atteinte. Ce médecin, après avoir pratiqué l'examen ophtalmoscopique, ordonna des frictions mercurielles quotidiennes et une potion d'iodure de potassium.

Quelques jours plus tard, la malade se décidait à entrer à l'hôpital.

Le jour de l'entrée dans notre service, l'aspect de la malade est le suivant :

La moitié gauche de la face est fortement œdématiée, les paupières gonflées déterminent l'occlusion complète de l'œil gauche. Si on écarte les paupières, la conjonctive se montre fortement congestionnée, et il existe un chémosis très marqué. L'iris est très dilaté et sa circonférence est légèrement irrégulière. Il y a une exophtalmie très nette.

A la palpation, le globe oculaire semble d'une consistance un peu moins ferme qu'à l'état normal.

L'œil est le siège de vives douleurs spontanées qui s'irradient vers l'arcade dentaire supérieure. La pression sur le globe oculaire éveille également de très vives douleurs.

L'œil droit ne présente ni gonflement ni conjonctivite et n'est pas douloureux, mais l'iris est fortement dilaté et la vue très affaiblie.

L'examen ophtalmoscopique montre le fond de l'œil normal; cependant les vaisseaux sont légèrement estompés et la papille est un peu œdématiée. Cet œdème de la papille et de la rétine est vraisemblablement dû à une compression gênant la circulation en retour. On note de plus un léger degré d'iritis, avec une synéchie de la portion inférieure et interne de l'iris.

Il s'agit donc manifestement d'une tumeur orbitaire rétro-oculaire, comprimant les vaisseaux et les nerfs de l'œil, occasionnant de la congestion de la conjonctive, du chémosis, de l'œdème rétinien et de la mydriase et intéressant sous forme d'ophtalmie sympathique l'œil du côté opposé.

L'examen du corps permet de découvrir quelques rares papules jambonnées légèrement squameuses, vestiges d'une éruption secondaire de date récente. Aux grandes lèvres il existe des plaques muqueuses hypertrophiques, indéniable signature de la syphilis. La palpation des plis inguinaux montre l'existence d'une légère adénite bilatérale, mais toute trace de l'accident primitif a disparu et la malade n'a sur ce point aucun souvenir.

Cependant la fréquence des syphilis ignorées chez la femme est telle que l'absence de tout vestige du chancre ne suffit pas à faire révoquer en doute le diagnostic de syphilis que nous portons ici, comme il a été porté déjà par le médecin, qui depuis quelques jours, a mis la malade au traitement mixte. Cette syphilis, actuellement en pleine période secondaire, paraît la cause des troubles oculaires.

Parmi les tumeurs orbitaires à évolution rapide, nous pourrions songer en effet à un épanchement sanguin, consécutif au traumatisme crânien, à un abcès, à un anévrysme, mais ces différentes hypothèses sont peu soutenables.

L'épanchement sanguin n'aurait pas, depuis si longtemps, persisté sans se modifier; au lieu de se former progressivement, il se serait constitué d'une facon rapide, brusque, pour se résorber peu à peu.

Un abcès eût déterminé des battements, un œdème considérable, des phénomènes généraux qui font absolument défaut.

Un anévrysme se serait développé insensiblement, depuis plusieurs mois, occasionnant de la diplopie, des battements, etc...

La gomme syphilitique, au contraire, présente ordinairement une évolution répondant tout à fait à la description des accidents qui nous occupent.

Aussi, dès son entrée à l'hôpital, la malade fut-elle soumise à un traitement mixte intensif, consistant en injections quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure, et administration d'iodure à dose progressive, depuis 2 grammes.

Quatre jours après son entrée à l'hôpital, le changement est manifeste : l'œil droit, qui présente une dilatation déjà beaucoup moindre de l'iris, voit distinctement. L'œil gauche, déjà moins saillant, est moins congestionné ; le chémosis a presque entièrement disparu. La pupille est moins dilatée et l'œil commence à distinguer vaguement les gros objets.

Les douleurs spontanées ont disparu, mais la malade se plaint de céphalées à exacerbations vespérales et nocturnes. La dose d'iodure est alors portée à 4 grammes.

L'amélioration continue les jours suivants, la pupille reprend ses dimensions, la vision devient plus distincte, l'œdème périoculaire disparaît. Le 24 juin, la dose d'iodure est élevée à 5 grammes et l'on instille dans l'œil quelques gouttes d'atropine, à intervalles réguliers, pour rompre la synéchie qui immobilise la partie inféro-interne de l'iris.

Au bout de quelques jours, la vision est redevenue normale, le traitement local est supprimé, mais les piqûres et l'iodure sont maintenus, en raison de la gravité de cette syphilis qui a signalé sa malignité par l'apparition d'une gomme rétro-oculaire moins d'un an après son début.

Trichorrhexis nodosa.

Par MM. Gaucher et Lacapère.

La trichorrhexis nodosa est une affection des poils que certains auteurs attribuent à un parasite encore indéterminé. Une autre opinion plus répandue fait de cette maladie une altération trophique du système pileux. L'observation que nous rapportons ci-dessous est en faveur de cette seconde hypothèse.

M. D..., âgé de 26 ans, employé à la Ville de Paris, est atteint depuis un mois de démangeaisons dans la barbe. En examinant attentivement l'état des poils, il a constaté que certains d'entre eux portaient de petites nodosités blanchâtres, au niveau desquelles ils se cassaient facilement. Cette altération se localise au côté gauche de la barbe, sur une surface de 2 à 3 centimètres carrés. Le reste de la barbe et de tout le système pileux est absolument sain. Si on écarte les poils de la barbe pour examiner la peau du menton, on constate la présence de quelques petites plaques de séborrhée pityriasique, irrégulièrement disséminées ; ce sont ces plaques qui déterminent le prurit qui a attiré l'attention du malade, la trichorrhexis ne produisant par elle-même aucune sensation de cuisson.

Si nous examinons attentivement quelques-uns des poils altérés, nous voyons qu'ils présentent sur leur longueur une ou plusieurs nodosités blanchâtres de la grosseur d'une lente, mais occupant toute la circonférence du poil. Ces nodosités s'échelonnent à des distances variables ; on

peut en rencontrer jusqu'à sept ou huit sur le même poil; la première est ordinairement située à une assez grande distance de la racine, la dernière forme au contraire l'extrémité même du poil. Celui-ci se brise en effet à la hauteur de la portion altérée et renflée ; aussi présente-t-il souvent la forme d'une ligne brisée dont les angles sont toujours au niveau des nodosités.

Examinées au microscope, les portions altérées présentent des aspects variables suivant l'âge de la lésion.

Les renflements les plus jeunes, situés près du bulbe pileux, sont constitués par une sorte de gonflement du poil. Le canal central a disparu, mais le poil conserve un aspect homogène. Les nodosités plus âgées se montrent constituées par la dissociation du poil en un certain nombre de fibrilles qui s'écartent pour former un petit faisceau, puis se réunissent de nouveau pour reconstituer le corps du poil. Enfin, à l'extrémité des poils cassés, on retrouve ce même petit pinceau de fibrilles, mais l'altération a été suffisante pour permettre la rupture du poil.

Ajoutons que nulle part on ne constate de corps pouvant être considérés comme des parasites.

La lésion, d'abord très limitée, s'est étendue d'une manière lente mais continue; le malade a essayé sans succès de se faire raser la barbe, les poils jeunes montrant bientôt les mêmes altérations que les anciens.

Nous ne retrouvons dans les souvenirs du malade aucune notion de contagion, mais ce qui nous frappe, ce sont ses antécédents nerveux.

Fils d'un père et d'une mère nerveux, dyspeptiques, il a été sujet dans son enfance aux « terreurs nocturnes ». En 1893, à l'âge de 18 ans, il a été pris de crises convulsives à type comitial qui, d'abord très fréquentes, se sont peu à peu espacées sous l'influence d'un traitement prolongé par les trois bromures. En 1900, le malade a eu encore deux crises convulsives; il signale aussi quelques vertiges débutant comme les crises convulsives par une aura, et paraissant de même nature.

Actuellement il digère avec difficulté; les repas sont suivis de pesanteur d'estomac. La palpation dénote une notable dilatation gastrique. On rencontre sur le visage quelques boutons d'acné, comme c'est la règle chez les nerveux en puissance de dyspepsie hypochlorhydrique.

Enfin, depuis deux ans, le malade paraît avoir été surmené au point de vue cérébral, fournissant chaque jour un travail de dix heures.

Cet excès de travail intellectuel chez un individu épileptique et fortement prédisposé aux accidents nerveux semble la cause déterminante de son affection actuelle. Enfin l'absence de contagion, l'impossibilité, dans ce cas comme dans tous les autres semblables, de constater la présence de parasites, nous porte à admettre la théorie nerveuse de la trichorrhexis nodosa.

Érythrodermie pityriasique en îlots disséminés (Érythème prémycosique).

Par M. Gastou.

Le diagnostic des érythrodermies est souvent des plus difficiles, surtout à la période de début ; le malade actuel en est une preuve. Examiné depuis plus d'un an à plusieurs reprises par des dermatologistes compétents, le diagnostic a hésité entre : eczéma séborrhéique, séborrhéide, lichen ruber, pityriasis rubra, pityriasis rubra pilaire et érythème prémycosique. La biopsie faite sur un élément est venue trancher la question.

Voici l'histoire du malade, et je mets sous les yeux des membres de la Société les coupes histologiques d'une biopsie faite sur la face antérieure de la cuisse.

P..., infirmier à Vaucluse, âgé de 33 ans, est atteint actuellement d'une éruption dont le début remonte à trois ans.

Cette éruption est disséminée assez systématiquement et occupe les faces postérieures et latérales du cou, les aisselles avec extension au dos, au thorax et à la face interne du bras, la face latérale des avant-bras, les aines, les flancs, les fesses, la face antérieure des cuisses et les mollets.

Dans tous ces points, l'aspect est celui d'un érythème, plus ou moins desquamatif, avec épaississement et induration de la peau, mais suivant les régions l'aspect de l'érythème revêt des particularités spéciales.

C'est ainsi qu'au niveau du cou, la lésion est franchement lichénienne d'aspect et rappelle l'affection décrite par M. le Dr Brocq sous le nom de névrodermite circonscrite.

Aux aisselles on croirait à l'existence d'un eczéma séborrhéique, la desquamation est fine et abondante, la rougeur vive et la peau moins épaissie que partout ailleurs.

Sur les flancs et les fesses, les placards éruptifs sont plus diffus, moins bien limités, très épaissis avec stries longitudinales blanchâtres et desquamation légèrement cornée, en saillies linéaires donnant l'apparence des placards de pityriasis rubra pilaire, sans qu'on trouve ni dans ces points ni ailleurs de cônes pilaires nets pouvant faire justifier ce diagnostic.

A la face antérieure des cuisses, l'érythème s'accompagne de desquamation en petites plaques annulaires, comme imbriquées, telles qu'on les voit dans les érythrodermies exfoliantes et malignes.

Ces placards érythrodermiques ne s'accompagnent pas de lésions ou d'hypertrophies ganglionnaires notables. Il n'y a pas d'autres altérations cutanées, pilaires ou unguéales, la santé générale est bonne et on ne trouve aucune altération viscérale.

L'évolution de la maladie s'est faite ainsi. Le début remonte à trois ans, à la suite, dit le malade, d'une affection intestinale pour laquelle il aurait absorbé 200 grammes de bicarbonate de soude en deux mois. C'est à cette

époque qu'il observa sur le visage et le cou, des taches rouges, qui persistent encore sur le cou et ne sont autre que les taches lichéniennes qu'il présente actuellement.

Quelque temps après apparaît sur le menton une *dartre farineuse*, puis mêmes éléments érythémato-squameux sur la jambe, la fesse gauche et la cuisse du même côté.

D'abord à peine larges comme l'extrémité du doigt, ces éléments ont progressé et ont aujourd'hui l'étendue de deux paumes de main.

La démangeaison est peu marquée, elle a existé dès le début, elle n'a lieu, dit la malade, que quand il se produit à la peau de petits éléments purulents, qui mettent trois à quatre jours à évoluer et sont suivis de l'apparition d'une petite croûtelle ou plutôt d'une desquamation, qui atteint quelquefois l'étendue d'une pièce de cinq francs.

La malade compare l'aspect de sa peau à ce moment-là, au niveau des placards éruptifs, à une écorce d'orange que l'on presserait entre les doigts et a remarqué que toujours l'éruption a deux caractères, l'un desquamatif, l'autre érythémateux, en même temps que se produisent des saillies papuleuses dont les unes sont très rouges, dont les autres sont blanchâtres au sommet : celles-ci ne s'accompagnant pas de chute de poils, celles-là au contraire la favorisant.

Ainsi qu'il a été dit au début de l'observation, on ne trouve pas d'autres éléments de diagnostic dans l'histoire du malade. Ses antécédents personnels ou héréditaires sont nuls.

Pour arriver à un diagnostic positif, une biopsie est faite et voici ce que l'on constate.

Examen histologique. — Sur les coupes, on est frappé, à première, vue de l'infiltration intense qui existe dans le corps papillaire, infiltration qui s'accompagne de dilatations vasculaires et sous laquelle, dans la profondeur du derme, le tissu conjonctif et élastique sont manifestement hypertrophiés.

L'épiderme est peu altéré, il existe une légère infiltration de leucocytes mais sans formation nette d'abcès intra-dermiques.

L'infiltration cellulaire périvasculaire papillaire et dermique est au contraire des plus intéressantes, elle démontre nettement l'existence de cellules plasmatiques formant des manchons et des amas des plus caractéristiques.

Enfin la présence d'un réticulum des plus manifestes, s'ajoutant aux lésions d'infiltration, complète les caractères anatomiques de la lésion et la fait rattacher au mycosis.

En résumé, d'après les caractères cliniques seuls de la maladie, il eût été impossible de faire un diagnostic.

L'examen des coupes d'un fragment biopsié permet de retrouver dans la lésion tous les caractères histologiques que l'on a coutume de rencontrer dans le mycosis. Le diagnostic est bien celui d'érythrodermie prémycosique.

Ulcères annamites.

Par MM. Gastou et Vieira.

Depuis quelques années, l'attention est attirée sur les ulcères tropicaux dont le diagnostic est le plus souvent difficile, la dénomination d'ulcère étant appliquée à une grande quantité de lésions ulcéreuses de la peau survenant chez des sujets ayant séjourné dans les colonies, sans qu'on puisse préciser au juste la cause, l'évolution et la nature de ces ulcères.

Le cas actuel est d'autant plus intéressant que nous avons vu évoluer sous nos yeux le dernier accident apparu.

Voici du reste l'histoire du malade :

M..., âgé de 42 ans, vient à l'hôpital Saint-Louis consulter pour une affection des jambes se caractérisant par des lésions d'apparence variable suivant les points examinés.

Il existe, en effet, sur les jambes depuis le genou jusqu'à la cheville, des plaies en activité formant ulcération, des taches et des cicatrices.

Les plaies siégeant sur la jambe droite occupent la face externe à sa partie supérieure et le mollet.

A la face externe de la jambe droite existe une ulcération de la dimension d'une pièce de deux francs, constituée au centre par un bourgeon charnu facilement saignant, les bords de l'ulcération sont blanchâtres, non décollés, durs et entourés eux-mêmes d'une aréole déprimée livide, rouge, qui va elle-même en se surélevant s'étaler sur la jambe en prenant un ton brun violacé analogue à celui que l'on observe dans les ulcères variqueux.

Aux environs immédiats de cet ulcère et au-dessous existent des cicatrices variant des dimensions d'une pièce de cinquante centimes à cinq francs et formées au centre d'une dépression blanchâtre, écailleuse, psoriasiforme et d'une zone pigmentée livide à la périphérie.

On retrouve les mêmes éléments sur la jambe gauche à sa face externe et postérieure.

A la partie inférieure de la jambe droite empiétant sur la face postérieure, existe une autre ulcération plus petite mais accompagnée d'une induration inflammatoire profonde qui rend les téguments bosselés irréguliers, mamelonnés. Le fond de la lésion est très érythémateux mais, fait remarquable, peu douloureux.

A côté des ulcérations qui suppurent abondamment, il existe sur la face externe de la jambe gauche à sa partie supérieure, un placard rouge, pigmenté et squameux, de l'étendue d'une paume de main et qui n'a jamais suppuré.

Voici quelle a été l'évolution de ces accidents cutanés.

Le début des premiers éléments éruptifs remonte à deux ans et demi environ; les autres ont suivi à intervalles assez réguliers et tous ont évolué de même façon.

C'est au tibia gauche que s'est faite la première manifestation sous forme d'une nodosité avec induration cutanée au niveau de laquelle la

peau, d'abord violacée, devenait blanchâtre, puis éclatait, donnait origine à une petite ulcération qui s'étendait, creusait, suppurait ensuite abondamment et produisait des bourgeons charnus, le tout en trois semaines environ.

En 1899, après le tibia droit, la face externe de la jambe gauche vit apparaître une plaque rouge, qui se couvrit de pustulettes et de squames, mais ne s'ulcéra pas.

Puis en 1900, en juillet, séries d'ulcérations sur la jambe droite.

En décembre de la même année, la cheville du même côté est prise.

En janvier 1891, ce fut le tour de la jambe droite dont le premier ulcère est guéri, tandis que le deuxième existe encore à l'état de bourgeons charnus.

Enfin, c'est sous nos yeux que s'est développé un dernier accident de la façon suivante : Au tiers inférieur de la jambe droite, sous le mollet, s'est d'abord manifestée une tuméfaction très marquée, dure, indolente, sans fluctuation. Cette tuméfaction est devenue érythémateuse, violacée, véritablement anthracoïde et au bout de deux semaines, trois à quatre ulcérations en cupule existant aujourd'hui se sont développées.

Cette évolution ressemble de tous points à celle d'un anthrax, et, caractère remarquable, a été tout à fait indolente et sans réaction fébrile.

L'histoire du malade est intéressante à ce titre surtout qu'il est resté quatorze ans en Annam et au Tonkin sans avoir jamais présenté la moindre affection cutanée.

Ce n'est qu'en 1895 qu'il a des accidents paludéens, avec accès fébriles revenant tous les deux jours et s'accompagnant de tuméfaction de la rate. Il n'a jamais eu d'autres accidents : ni hépatite, ni diarrhée.

Il est du reste très sobre. Il dit n'avoir jamais eu la syphilis, on n'en trouve du reste aucune trace chez lui.

Il est variqueux, mais à un degré léger. Cette constatation peut cependant expliquer l'œdème des jambes.

D'autre part, l'examen des urines démontre l'existence d'une assez notable quantité d'albumine.

Il faut ajouter également qu'il présente un teint pâle et des altérations sanguines portant surtout sur la qualité des éléments sanguins.

Examen du sang :

Nucléaires = 5,580,000.

Rouges (richesse globulaire en globules sains = 3,324,250).

Rouges et nucléaires (valeur individuelle moyenne d'un globule = 0,597).

Globules blancs..........	22,653.
Hématoblastes............	quantité moyenne.
Polynucléaires............	46 p. 100
Mononucléaires...........	20 —
Lymphocytes.............	14 —
Éosinophiles..............	19 —
Mastzellen................	1 —

Pour compléter son histoire clinique, il faut ajouter qu'il a été lymphatique (dit-il) dans son enfance et que le léger strabisme dont il est atteint

date de cette époque. Il a eu une blennorrhagie d'une assez longue durée.

Il n'a aucun antécédent héréditaire. Son père a 74 ans, est bien portant, et sa mère n'a jamais été malade.

Les renseignements cliniques de même que l'aspect de l'éruption n'étant pas suffisants, nous avons essayé par l'étude bactériologique et histologique d'arriver à déterminer la nature de ces ulcères dont l'apparence est des plus nettement syphiloïdes.

Examen et ensemencement du pus. — A l'examen direct, on trouve dans le pus : des leucocytes, des squames et un diplocoque qui, contenu dans les leucocytes, fait ressembler le pus à un exsudat blennorrhagique. Le diplocoque, qui prend le Gram, a en effet tous les caractères du pseudo-gonocoque sur lequel l'un de nous a déjà attiré l'attention de la Société.

Cultivé, le pus donne sur agar des colonies rondes, petites, jaune clair. Ces colonies sont formées du même diplocoque (pseudo-gonocoque) prenant le Gram. Ce diplocoque est pur, il rappelle celui que Leloir et Loustalot ont trouvé dans le clou de Biskra.

Pour compléter nos recherches, nous avons fait une biopsie sur l'ulcère de la face externe de la jambe droite.

L'examen des coupes montre que dans les points où l'épiderme n'est pas détruit par la suppuration, il forme profondément des végétations épidermiques d'apparence papillomateuse.

La couche cornée de l'épiderme est peu épaisse, détachée sur presque toute l'étendue de la coupe ; au-dessous d'elle, le stratum granulosum est très épaissi, mais la couche de cellules génératrices est normale.

Là où l'épiderme est détruit, il est remplacé par un tissu de bourgeons charnus avec tous les caractères de ce tissu. Les régions papillaires et dermiques sont infiltrées par des amas de cellules : plasmazellen et lymphocytes forment des nodules d'infiltration dont quelques-uns sont manifestement centrés par des lymphatiques. Les capillaires et les artérioles présentent un endothélium épaissi et bourgeonnant.

Il existe une néoformation vasculaire très marquée, une hypertrophie conjonctivo-élastique avec tissu réticulé papillaire, le tout en rapport avec de l'endo-artérite profonde.

La particularité essentielle à signaler dans les coupes est l'infiltration profonde, surtout localisée au niveau des glandes sudoripares, et l'altération de ces glandes.

On ne trouve pas dans les coupes de microbes ni de parasites autres.

Que conclure de cet examen ? Quelle est la nature et la cause de ces lésions ?

Il ne suffit pas, en effet, qu'un malade ait séjourné en Annam pour avoir un ulcère annamite. Ici nous ne trouvons pas de syphilis avérée. Aucun parasite ayant pu produire une inoculation locale. Du reste, le malade n'a jamais été soumis aux causes invoquées en pareil cas : traumatismes, marche jambes nues dans l'eau.

La constatation du diplocoque des cultures ne prouve rien.

Il nous semble au contraire que l'existence d'une éosinophilie très

abondante, d'une albuminurie très marquée et l'altération des glandes sudoripares démontrée par la biopsie, forment tout un ensemble indiquant une altération profonde de l'organisme chez notre malade.

Nous émettrions volontiers l'opinion que les ulcères dont il est atteint, si comparables dans leur évolution clinique et anatomique à l'ecthyma, aux furoncles ou à l'anthrax, ne sont que l'expression d'une infection générale profonde et non d'une inoculation parasitaire locale.

M. Moty. — Pour moi il ne peut être douteux qu'il s'agisse de plaie annamite avec troubles trophiques de voisinage et infections secondaires associées ayant entraîné un œdème assez considérable. Ce qui m'étonne le plus, c'est de voir évoluer en France un de ces ulcères.

Il s'est fait chez ce malade une véritable infection lymphatique.

M. Mauriac. — Ce malade est atteint, pour moi, de gommes syphilitiques, et je le mettrais de suite au traitement spécifique.

M. Jeanselme. — Je partage l'opinion de M. Mauriac, car l'induration circonscrite située au voisinage des ulcérations est probablement une gomme syphilitique à l'état cru. Je crois donc qu'on pourrait instituer le traitement d'épreuve, bien que le malade n'ait aucun passé vénérien connu.

En Indo-Chine, on désigne dans le langage courant, sous le nom d'*ulcère annamite*, presque toutes les ulcérations rebelles des membres inférieurs dont la cause échappe. Or, j'ai acquis la conviction que nombre de ces ulcères ressortissent à la syphilis. A l'hôpital de Hué, capitale de l'Annam, grâce à l'obligeant concours de M. le Dr Péthellaz, médecin principal des colonies, j'ai soumis au traitement ioduré 32 cas d'ulcères qualifiés annamites. En moins de trois semaines, la plupart étaient cicatrisés ou en voie de guérison, bien que les plaies fussent simplement protégées par des feuilles de bananiers.

Du reste, je n'ai nullement l'intention de nier l'existence d'un ulcère propre à la région tropicale. A l'hôpital de plantation de Batu-Kawan, dans la province anglaise de Wellesley (province de Malacca), M. le Dr Foston m'a montré une centaine de coolies chinois atteints d'ulcères phagédéniques qui ne relevaient certainement pas de la syphilis. Sur ces coolies, qui travaillent dans des terrains marécageux, l'excoriation la plus minime dégénère en ulcère. Celui-ci garde souvent pour un temps la forme linéaire quand il a été produit par un instrument tranchant ; puis il s'arrondit, s'exhausse en plateau tapissé d'une couenne diphtérique très adhérente et s'accroît par progression excentrique. Par le grattage et les cautérisations énergiques avec l'acide nitrique l'ulcère se transforme en plaie simple ; s'il est abandonné à lui-même, il s'étale en surface, fouille les tissus et donne lieu à des cicatrices vicieuses et chéloïdiennes.

Altérations unguéales avec éburnation chez un polyurique congénital.

Par MM. Gastou et Vieira.

Le cas actuel présente surtout de l'intérêt par l'association de lésions unguéales et d'une polyurie dépassant quinze litres d'urine par jour.

L'absence d'accidents viscéraux ou nerveux montre que depuis l'âge de 3 ans le malade a pu supporter impunément cette polyurie excessive, le seul trouble qu'il présente étant l'éburnation unguéale que l'examen démontre n'être nullement d'origine parasitaire.

Paul M..., étudiant architecte, âgé de 25 ans.

Antécédents héréditaires — Père, professeur à l'école de Nîmes, névro-arthritique, a eu plusieurs fois des attaques de rhumatisme dont il lui est resté une lésion cardiaque. Il y a quelque temps, il a eu une congestion cérébrale qui lui a laissé un peu de trouble de la parole.

La mère, bien constituée, bien portante, est morte à la suite de couches. Grand'mère maternelle, asthmatique. Tante, fille de celle-ci, aussi asthmatique et obèse.

Sœur nerveuse, a des attaques de nerfs et se met facilement en colère. Tantôt elle pleure, tantôt elle rit. Quatre frères, dont trois morts en bas âge de diphtérie et le quatrième mort à 26 ans de tuberculose.

Antécédents personnels. — Le malade est venu à terme. La mère, le portant de six mois, a eu une peur, à la suite de laquelle lui est survenue une jaunisse. Celle-ci était *guérie* au moment de l'accouchement, mais l'enfant a présenté à la naissance les ongles jaunes.

Jusqu'à l'âge de 3 ans, le malade s'est bien porté. A cette époque, son père remarque qu'il boit beaucoup. Il consulte alors un médecin qui pose le diagnostic de diabète, auquel il ne trouve pas de cause, l'enfant n'ayant fait aucune chute. A ce moment, ses ongles deviennent épais, et à mesure que le malade avance en âge, ils s'épaississent de plus en plus. Le malade n'a eu d'autres maladies que la blennorrhagie.

État actuel. — Le malade présente une figure florissante.

Appareil respiratoire : rien.

Appareil circulatoire : léger souffle systolique à la pointe.

Appareil digestif : la langue toujours chargée d'un enduit blanc sale. Le malade se plaint quelquefois de tiraillements d'estomac. Il est constipé.

Appareil urinaire. — Examen de l'urine :

	par litre	par 24 heures.
Réaction..........	faiblement acide	
Densité à + 15.....	1005	
Albumine..........	0	
Sucre..............	0	
Urée...............	1,70	25 gr.
Chlorures..........	0,75	10 — 50
Phosphates.........	0,20	2 — 80

Système nerveux. — Les réflexes sont conservés. Quelquefois le malade a des maux de tête qu'il attribue à la fatigue.

Examen des ongles. — Les ongles sont lisses, brillants, présentant quelques stries pigmentées à leur base et des rayures longitudinales.

Ils sont plus allongés que normalement et leur tendance est de s'incurver dans tous les sens; sur les bords latéraux, leur incurvation est très accentuée et vient envelopper une masse d'aspect tout spécial qui, reposant sur le lit de l'ongle, soulève celui-ci et constitue l'altération essentielle que présente ce malade.

Cette masse est véritablement éburnée, elle a l'aspect d'un ivoire qui serait sali ou usé. Elle est constituée par une matière extrêmement dure, très adhérente à l'ongle. Le malade, pour s'en débarrasser, est contraint de la couper au rasoir.

Histologiquement, elle est formée de lames épidermiques très condensées, tassées, difficilement dissociables et ne contenant aucun parasite mycélien ou autre.

La seule interprétation de l'existence de cette sécrétion spéciale de matière épidermique est l'existence d'un trouble trophique en rapport avec le système nerveux et de même origine que la polyurie.

M. Moty. — Ce malade me semble présenter les allures et les apparences d'un hystérique et j'attribuerai volontiers les troubles qu'il présente à cette hystérie.

Syphilis et parasyphilis en coïncidence. Syphilides gommeuses et paralysie générale.

Par MM. A. Fournier et Gasne.

On observe rarement — tous les neuropathologistes sont d'accord sur ce point — des manifestations cutanées ou viscérales syphilitiques spécifiques, des gommes, par exemple, dans le cours du tabes ou de la paralysie générale progressive.

Ces affections dites parasyphilitiques, ne seraient-elles que l'expression d'une syphilis atténuée incapable désormais de produire ses lésions habituelles, ou bien représenteraient-elles une sorte de vaccination qui mettrait les malades qu'elles frappent à l'abri des accidents qui menacent les autres syphilitiques ? Nous ne le savons pas, mais nous pensons qu'il serait en tous cas imprudent de se fier à cette sorte d'antagonisme supposé des manifestations de la syphilis. Il y a des cas, et ils sont, à la vérité, plus nombreux qu'on ne le pense, où la coexistence de lésions gommeuses ou artérielles avec la sclérose tabétique des cordons postérieurs a été constatée à l'autopsie, a été démontrée par les effets du traitement spécifique, ou encore par l'étude clinique des malades. Cette question sera développée dans un prochain travail.

Aujourd'hui nous vous présentons une femme atteinte de paralysie générale et sur laquelle vous voyez une gomme cutanée manifeste ; cette gomme est ici la signature de l'infection syphilitique que l'étude des antécédents ne nous aurait pas permis d'affirmer.

Lina W..., âgée de 36 ans, talonnière, est entrée dans le service du professeur Fournier pour l'ulcération qu'elle porte à la face externe du genou droit.

Cette ulcération a débuté il y a un mois, en même temps qu'une ulcération symétrique du genou gauche dont on voit facilement encore aujourd'hui la cicatrice. Elle s'est développée sans douleur notable. Elle a les dimensions d'une pièce de un franc en argent, elle est exactement circulaire, ses bords sont nets, légèrement surélevés, le fond rougeâtre est bourgeonnant. Sa nature syphilitique ne saurait faire de doute.

La malade présente en outre les phénomènes nerveux caractéristiques de la paralysie générale progressive. Voici son histoire clinique :

Son père est mort encore jeune d'une affection cardiaque, sa mère est âgée de 75 ans et porte allègrement son âge.

La malade est la neuvième de onze enfants, dont six sont morts en bas âge ; elle est la dernière de ceux qui ont pu s'élever, mais dont trois sont morts successivement à 36, 34 et 28 ans ; de sorte qu'elle reste seule de cette nombreuse famille avec une sœur aujourd'hui âgée de 48 ans, et qui est parfaitement bien portante.

Elle-même, dans sa jeunesse, n'a eu aucune maladie; elle se rappelle avoir parlé et marché très jeune ; on lui disait qu'elle avait été plutôt précoce.

Elle est d'ailleurs bien développée et ne présente aucun stigmate dystrophique notable.

Elle s'est mariée en 1884 ; son mari l'a abandonnée trois mois après le mariage ; elle n'a aucun renseignement sur sa santé. Elle n'a jamais souffert d'affections cutanées ou muqueuses, ni de céphalée. Elle n'a pas eu de grossesse. Notons enfin qu'elle n'est pas éthylique.

En avril 1900 débutent les phénomènes nerveux ; ils n'ont fait que s'accentuer depuis et la malade en est restée incapable de tout travail.

A l'occasion d'une peur provoquée par la vue inopinée d'une paralytique aphasique, ses règles se seraient arrêtées subitement et en même temps la malade se serait trouvée incapable de prononcer une parole. Cette perte absolue du langage s'accompagnait d'ailleurs d'une déviation marquée de la face. Si l'on en croit la malade, c'est le côté gauche qui aurait été paralysé. Mais son état mental actuel ne nous permet guère de faire fonds sur ses souvenirs, et la malade n'est pas très affirmative quand on lui demande si la parole était tout à fait normale avant l'histoire dramatique qu'elle a fixée dans sa mémoire et de même l'aphasie complète n'était peut-être pas si nette qu'elle aime à le dire ; elle avoue que sa parole persistait encore, mais si troublée qu'on la comprenait difficilement.

Cet état a duré une dizaine de mois, au bout desquels la parole s'est améliorée, en même temps que disparaissaient, sous l'influence du traitement spécifique prescrit à la Salpêtrière, des nodosités sous-cutanées siégeant dans les bras et les avant-bras.

Actuellement le trouble de la parole est encore le phénomène le plus frappant. C'est d'abord, avant l'émission de la voix, le tremblement des lèvres et des muscles de la face, puis l'achoppement caractéristique, les syllabes supprimées et les syllabes répétées, le bredouillement des dentales et des linguales. La langue tirée hors de la bouche ne peut être maintenue immobile, elle est animée de secousses fibrillaires et de mouvements en masse qui l'agitent sans cesse.

La parole n'est pas troublée seulement par le défaut de la fonction d'émission, mais aussi par la difficulté de l'association des idées, par la perte de la mémoire. La malade ne saurait répéter une phrase un peu longue, elle ne saurait répondre à une question précise, encore moins résoudre les problèmes les plus simples.

Son caractère a complètement changé, elle est devenue extrêmement émotive, pleurant sans raison et toute troublée au moindre bruit. Elle a surtout des troubles mentaux d'ordre mélancolique, restant des journées entières muette et immobile assise sur une chaise, comme prostrée, non seulement incapable de travailler, mais ne s'occupant même plus des soins habituels du ménage.

L'inégalité pupillaire frappe également dès l'abord. La pupille droite est beaucoup plus large que la gauche. Ces pupilles, qui réagissent encore à l'accommodation, restent absolument immobiles à la lumière.

Bien que la malade ne se plaigne pas d'un défaut de l'acuité visuelle, l'examen du fond de l'œil fait constater des lésions de neuro-rétinite récente, avec papille aux contours vagues, mal délimités, état trouble des milieux. Cette constatation a une grosse importance, puisqu'elle permet d'affirmer une syphilis acquise; on ne rencontre pas en effet ces lésions dans la syphilis héréditaire.

La sensibilité et la motricité des membres semblent peu altérées ; il y a seulement un certain tremblement, une certaine hésitation dans les mouvements délicats. L'écriture est manifestement tremblée et irrégulière, cependant elle ne présente pas de grosses altérations.

Les réflexes tendineux sont partout brusques et forts, ils sont égaux dans les points symétriques ; il n'y a pas de troubles des sphincters.

Que cette femme ait eu la syphilis, la chose est certaine. S'agit-il chez elle d'une syphilis héréditaire? La polyléthalité si marquée qui a frappé ses frères et sœurs impressionne à la vérité fortement, et ce n'est pas son âge de 36 ans, première époque de l'apparition des accidents, qui nous ferait rejeter l'hypothèse d'une syphilis héritée. Mais nous ne trouvons aucun stigmate chez cette malade, tandis qu'au contraire l'examen du fond de l'œil plaide, comme nous l'avons vu, pour la syphilis acquise, et paraît bien devoir trancher la question en faveur de cette dernière.

Nous disons, d'autre part, que cette femme est atteinte de paralysie générale progressive et non de syphilis cérébrale : la trémulation si spéciale des lèvres et le trouble si particulier de la parole suffiraient presque à l'affirmer, joints aux troubles pupillaires, et à cette dé-

chéance mentale sur laquelle nous avons insisté. Mais l'évolution de la maladie confirme cette manière de voir, c'est en moins de quinze mois que l'affection est arrivée à ce degré, c'est d'une manière continue et progressive sans arrêt ni reprise, sans à-coups, sans céphalée, c'est surtout l'absence continue de lésion en foyer, d'attaque épileptique, de paralysie localisée, et surtout de troubles dans le fonctionnement des nerfs moteurs oculaires. Certes il n'y a là ni gomme, ni artérite syphilitique, mais bien de la méningo-encéphalite diffuse.

Il serait intéressant de rechercher si la syphilis qu'a eue cette femme ne présente pas quelques caractères spéciaux en rapport avec la coexistence de la paralysie générale et des gommes cutanées.

Malheureusement, nous ne savons rien d'elle, ni son début, ni son âge, ni même ses accidents.

Sans doute la symptomatologie a dû être très fruste puisque la malade ne nous en dévoile aucun signe. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'elle a été antérieure à la paralysie générale, l'accident actuel qui appartient à une syphilis âgée de plus d'un an en est un témoignage suffisant. Nous savons aussi qu'elle n'a pas été traitée.

De ce fait nous tirerons deux conclusions.

La première, c'est que l'enquête destinée à établir l'existence de la syphilis est bien délicate quand il s'agit de paralysie générale, puisque rien n'aurait pu faire même soupçonner la syphilis chez cette femme avant l'apparition des gommes actuellement en évolution.

La seconde c'est que les accidents spécifiques peuvent coexister avec la paralysie générale. Or, parmi les accidents multiples de cette affection, quelques-uns qui semblent par leur symptomatologie appartenir à la maladie parasyphilitique cèdent au traitement. Ne serait-ce point qu'ils sont sous la dépendance de lésions spécifiques du système nerveux? Ainsi s'expliquerait l'irrégularité apparente de l'action du mercure et de l'iodure, ainsi, en tous cas, s'affirme la nécessité de les prescrire sans hésitation.

M. Moty. — Je demanderai à M. Fournier s'il pense qu'il peut exister de la paralysie générale en dehors de la syphilis.

M. Fournier. — Je ne dis pas que toutes les paralysies générales soient syphilitiques. Je constate simplement l'existence fréquente de la paralysie générale chez les syphilitiques. J'ajouterai cette remarque complémentaire que lorsqu'arrive la parasyphilis la syphilis n'est plus en activité.

Chancre extragénital.

Par M. E. Fournier.

J'ai l'honneur de vous présenter cette malade, âgée de 28 ans, mère de deux enfants bien portants et grosse de huit mois,

Cette malade présente au niveau du premier métacarpien de la main gauche un chancre induré particulier : 1° par son aspect hypertrophique déjà modifié depuis quelques jours, comparable encore à une demi-noix ; 2° par son siège vraiment extraordinaire ; 3° par l'impossibilité de trouver une étiologie à ce chancre. J'ai interrogé la malade aussi minutieusement que possible, et il m'a été tout à fait impossible d'incriminer une cause quelconque au développement de ce chancre.

J'ajouterai que ce chancre date de deux mois et que la malade présente à la vulve des syphilides muqueuses aussi typiques que possible.

Hérédo-syphilis, syphilides gommeuses de la jambe, stigmates oculaires, rétrécissements du vagin.

Par MM. A. Fournier et O. Crouzon.

La nommée Cécile P..., âgée de 63 ans, entrée le 3 juin 1901, salle Henri-IV, lit n° 13.

Père mort à 75 ans, subitement; n'avait eu aucune maladie, sauf un anthrax du dos.

Mère n'avait eu aucune maladie grave; est morte à 92 ans.

Un frère mort du croup.

Une sœur qui vit encore et est bien portante.

Notre malade n'a eu aucune maladie dans son enfance ni dans sa jeunesse. A été réglée à 17 ans et depuis l'a toujours été régulièrement. Mariée à 24 ans; n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche.

Depuis, n'a eu aucune affection.

Il y a trois ans, apparition, à la suite d'une écorchure, de plaies de la jambe gauche qui ne se sont jamais guéries.

A l'entrée de la malade, on constate sur la jambe gauche la présence de plusieurs ulcères. Ils sont au nombre de quatre, occupant toute la portion du membre au niveau du tiers inférieur.

Leur forme est caractéristique : le contour de chacun d'eux est polycyclique, en arceaux conjugués, et la malade déclare elle-même que chacun d'eux était, au début, décomposé en plusieurs ulcères; récemment elle en comptait encore sept.

Les bords ont une entaillure nette à pic.

Le fond est sanieux.

On constate tout au plus de légères varicosités de la jambe et de la cuisse gauche.

En l'absence d'antécédents spécifiques, on s'arrête à l'hypothèse de syphilis héréditaire.

L'examen de l'œil, pratiqué par MM. Schrameck, Antonelli, de Lapersonne, révèle des cicatrices de chorio-rétinite et de la dystrophie pigmentaire qui peuvent être considérées comme stigmates de syphilis.

La recherche d'autres dystrophies amène à examiner l'appareil génital.

On constate, en pratiquant le toucher vaginal, la présence d'une bride annulaire qui arrête le doigt à trois ou quatre centimètres de la vulve; si on franchit cet anneau, on en trouve un second à quelque distance qui peut

être franchi plus difficilement et au delà duquel se perçoit vaguement une saillie qui est probablement le museau de tanche.

L'utérus est mal apprécié par le toucher vaginal, mais par le toucher rectal on peut constater qu'il est petit et atrophié.

Cet examen a été répété et les résultats en ont été confirmés par MM. Pinard et Bouffe de Saint-Blaise.

La malade a été mise au traitement spécifique : pilules et iodure de potassium, et ses ulcères se sont maintenant notablement améliorés.

La malade que nous venons de présenter porte : d'une part, des lésions gommeuses ulcérées de la jambe et des stigmates oculaires qui témoignent d'une syphilis héréditaire ; d'autre part, deux rétrécissements du vagin.

L'intérêt de notre observation réside sur la question de savoir si les rétrécissements du vagin sont acquis ou congénitaux.

Sont-ils acquis ? Rien ne nous autorise à l'affirmer ; il n'y a eu ni traumatisme, ni vaginite, ni brûlure ayant pu amener une cicatrice vaginale ; du reste, la régularité de ces rétrécissements ne permet pas de croire qu'ils sont cicatriciels. On signale cependant des rétrécissements du tiers supérieur du vagin survenant chez les femmes âgées. Delbet (*Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus) en fait mention. M. Pinard nous a déclaré en avoir observé trois ou quatre cas.

Sont-ils au contraire congénitaux ? Nous avons le droit de le supposer. Cette malformation est peut-être l'explication de la stérilité de cette femme. Ces rétrécissements congénitaux sont du reste connus. Pozzi (*Traité de gynécologie*) signale des rétrécissements ayant la forme de diaphragmes, d'hymens multiples, de croissants incomplets. Debierre les a étudiés au point de vue anatomique. Kyri, Kleinwätchter en ont cité plusieurs exemples. Les causes de ces rétrécissements sont : 1° un développement insuffisant des conduits de Muller fusionnés d'ailleurs normalement ; 2° l'absence d'un de ces conduits, d'où étroitesse ; 3° la coalescence des parois vaginales normales à une certaine période de développement (quatrième mois, Geigel). Pozzi les considère comme le reste de cloisonnements longitudinaux. Ces rétrécissements congénitaux sont donc des anomalies de développement et nous savons que l'hérédo-syphilis peut causer de ces malformations.

Il est donc possible que ces rétrécissements, s'ils sont congénitaux, soient un stigmate dystrophique de l'hérédo-syphilis.

Nous ne pouvons actuellement résoudre la question ; mais qu'il y ait simple coïncidence ou relation de cause à effet entre l'hérédo-syphilis et cette malformation, il nous a paru intéressant de rapporter le cas.

Lichen plan zoniforme.

Par MM. Edmond Fournier et Paris.

Le malade que nous vous présentons est entré dans le service de M. le professeur Fournier le 27 juin dernier.

Il présente depuis une vingtaine de jours, un lichen plan typique constitué par de petites papules planes, irrégulièrement polygonales, lisses, brillantes, rose clair.

Ce qui nous a paru intéressant dans ce cas, c'est sa localisation. L'éruption est, en effet, nettement limitée à la moitié gauche du cou, sans empiéter sur la moitié droite.

En bas et en avant, elle s'étend jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de la clavicule; sa limite en arrière répond à l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale en dedans, au bord inférieur de l'épine de l'omoplate en dehors.

La limite externe contourne le moignon de l'épaule, passant un peu en dehors de la tête de l'acromion : au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle se détache un prolongement de forme triangulaire qui s'avance en s'effilant sur la face interne du bras dans une étendue de 8 à 9 centimètres.

Le bord interne monte obliquement de la ligne médio-sternale vers le sillon rétro-auriculaire; dans la région occipitale, il est assez difficile d'apprécier le point où s'arrêtent les éléments du lichen, par suite des modifications que des irritations diverses ont fait subir aux téguments.

Cette éruption, dans sa configuration générale, avec ses frontières qui semblent tracées suivant un plan bien défini, fait penser au premier abord à un rapport possible avec un territoire nerveux.

En effet, dans ses parties antérieure et latérale, elle répond exactement aux sphères de distribution des rameaux sus-sternal, sus-claviculaire, sus-acromial, rétro-auriculaire et mastoïdien du plexus cervical superficiel; et en arrière, aux zones d'innervation des rameaux sensitifs des branches postérieures des troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième nerfs cervicaux.

Quant au prolongement que nous avons noté à la face interne du bras gauche, il est en rapport soit avec le trajet des rameaux perforants des deuxième et troisième nerfs intercostaux, soit avec celui du nerf brachial cutané interne qui s'anastomose avec eux.

L'interrogatoire du malade ne révèle rien d'intéressant; jusqu'au mois de février dernier, sa santé a toujours été excellente.

A ce moment apparut, dans la même région, une éruption qui, d'après ses dires, aurait été identique à celle que l'on constate actuellement, et se serait effacée au bout d'une quinzaine de jours. Ayant cherché à élucider la pathogénie de cette manifestation, notre malade nous apprit qu'à cette époque, il avait été vivement affecté par des revers de fortune et des chagrins domestiques, et que du reste ses parents, ses frères et sœurs, et lui-même, sans présenter de manifestations nettes, étaient des nerveux, s'irritant, se fâchant les uns avec les autres à la moindre occasion.

Actuellement, notre malade semble plutôt en proie à une dépression

mentale assez marquée : dans la salle il s'isole, répond à voix basse et s'inquiète avec anxiété de la gravité de son état.

Il ne présente d'autre part, sauf une légère diminution des différentes sensibilités au niveau de l'éruption, aucun phénomène nerveux notable. Il n'a aucune sensation de prurit, à peine se plaint-il d'un peu de gêne lorsqu'il tourne la tête.

Les réflexes sont normaux. L'examen des yeux ne révèle rien.

Malgré le peu d'intensité des troubles sensitifs, il nous semble qu'en raison des antécédents du sujet, de l'apparition de la dermatose à la suite de perturbations psychiques, et de son siège répondant à la sphère de distribution d'un réseau nerveux, on puisse être autorisé, dans ce cas, à invoquer la théorie nerveuse.

Quant à la localisation au niveau de la région cervicale, peut-être pourrait-on l'attribuer, d'après le malade, à ce fait qu'ayant toujours eu l'épaule droite plus faible, il a pris l'habitude de porter les fardeaux sur l'épaule gauche.

Eczéma kératosique symétrique. — Lésions de rhumatismes déformant. — Tic facial.

Par MM. Fournier, Gasne et Henry Bernard.

Les kératoses plantaires, accompagnées ou non de kératoses palmaires, ne sont pas choses rares ; elles peuvent être secondaires à un eczéma, à un psoriasis, ou à toute autre dermatose squameuse de la paume des mains et de la plante des pieds ; elles peuvent aussi être primitives, constituant ce que l'on a dénommé la kératodermie essentielle palmaire et plantaire.

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société, est atteinte de kératose plantaire bilatérale et symétrique : la difficulté du diagnostic, dans ce cas, ainsi que l'intéressant problème pathogénique soulevé par l'existence chez elle de stigmates nerveux, nous engagent à rapporter son histoire.

Il s'agit d'une femme de 52 ans, domestique, petite et d'apparence chétive, qui est entrée récemment dans le service de M. le professeur Fournier. En dehors d'une rougeole dans l'enfance et de crises rhumatismales sur lesquelles nous allons revenir, la malade n'a jamais fait aucune maladie. Elle n'est pas mariée, n'a eu ni enfants, ni fausses couches ; elle a été réglée de 16 à 48 ans, toujours régulièrement.

A l'âge de 32 ans, en 1880, elle fut prise de vives douleurs articulaires, généralisées à toutes les grandes articulations, sauf à celles des épaules et des hanches, accompagnées de gonflement : elle fit à la Maison Dubois un séjour de six semaines, pendant lesquelles elle fut traitée par le salicylate de soude. Sous l'influence de ce traitement, le gonflement et

les douleurs articulaires disparurent. Mais depuis cette époque, la malade a été fréquemment reprise de douleurs dans les articulations des pieds et des mains, nécessitant l'absorption presque constante de salicylate de soude.

En 1885, atteinte d'une crise rhumatismale plus violente que les précédentes, la malade entre à la Charité, où l'on porte le diagnostic de rhumatisme déformant : les pieds commençaient en effet à être déformés à leur extrémité. Ces déformations ont augmenté progressivement depuis ce temps.

Ce n'est qu'en 1895, il y a six ans, que la malade dit avoir vu apparaître sous la plante des pieds des squames, accompagnées de vives démangeaisons ; d'abord peu épaisses, ces squames formaient « comme des durillons » situés au niveau des talons antérieur et postérieur ; puis, ces durillons augmentèrent d'épaisseur, et arrivèrent, il y a deux ans et demi environ, à former de véritables cornes. Elle entra alors dans un service de l'hôpital Saint-Louis, où on lui fit des enveloppements de caoutchouc, qui firent tomber les masses cornées ; puis on lui fit trois injections de calomel, en même temps qu'on lui administrait à l'intérieur de l'iodure de potassium ; mais on fut obligé d'arrêter ce traitement, en raison d'une stomatite intense qui se déclara. D'ailleurs, cette médication n'amena aucun résultat appréciable, et dès que la malade fut sortie du service, la kératose se reproduisit. Rentrée de nouveau à Saint-Louis un an après, on lui fit des pansements humides qui firent tomber les masses cornées plantaires ; mais, comme précédemment, dès que la malade fut sortie de l'hôpital, celles-ci se reproduisirent. C'est pour tenter une nouvelle cure qu'elle revient actuellement à l'hôpital.

A son entrée, la malade présente les lésions suivantes :

Les deux pieds sont notablement déformés, raccourcis et épaissis dans leur ensemble, et présentent l'aspect de « *pieds de chinoise* ». Cet aspect est dû en partie à un certain épaississement de la région du métatarse, mais surtout aux déformations des orteils : le gros orteil, en hallux valgus, est rejeté complètement en dehors ; il a pris une direction horizontale, et est couché au-dessous des deuxième et troisième orteils qui ont pris la forme dite *en marteau* ; les deux derniers orteils sont tassés contre la masse formée par les trois autres. Cette disposition est commune aux deux pieds ; cependant les déformations sont un peu moins prononcées sur le pied gauche que sur le pied droit.

D'un côté comme de l'autre, la surface plantaire est recouverte de productions épidermiques, simples squames peu épaisses au niveau de la voûte plantaire, masses cornées compactes au niveau des talons antérieur et postérieur : ces cornes, de couleur grisâtre, ont une épaisseur de 2 à 3 centimètres suivant les points ; elles sont dures, très adhérentes à l'épiderme ; lorsqu'on essaie de les détacher, on provoque une vive douleur ; elles forment dans leur ensemble une sorte de semelle cornée, localisée aux points d'appui du pied. Tous les points de la surface plantaire qu'a respectés la kératose sont le siège d'un érythème squameux dont les limites forment, sur les bords interne et externe du pied, une ligne rouge contrastant avec l'épiderme d'aspect sain de la face supérieure du pied.

Sur les jambes, on remarque quelques placards érythémato-squameux, de la dimension d'une pièce de un franc.

Au niveau du genou gauche, existent des cicatrices blanchâtres, occupant en demi-cercle tout le pourtour inférieur de la rotule; ces cicatrices sont multiples, superficielles, arrondies, de la dimension chacune d'une pièce de vingt centimes, agglomérées les unes à côté des autres, non pigmentées. Elles proviennent, au dire de la malade, d'ulcérations qui auraient apparu il y a quinze ans, et se seraient guéries en un mois, sans aucun traitement interne, et à la suite de l'application locale d'une eau qu'elle ne peut désigner.

Aucune autre lésion, aucune autre cicatrice n'existent sur le reste des téguments.

Les antécédents héréditaires de la malade ne présentent pas un grand intérêt : son père est mort jeune, mais elle ne peut dire quelle a été la cause de sa mort ; sa mère est morte à 58 ans : elle était atteinte de bronchite chronique ; elle n'a eu qu'un frère, mort à 18 ans d'une maladie aiguë, une « fièvre », dit-elle. Sa mère n'a eu aucun autre enfant, et n'a pas, à sa connaissance, fait de fausse couche.

Ses antécédents personnels, comme nous l'avons vu, sont à peu près nuls. Cependant, la malade nous raconte que, depuis son enfance, elle urine souvent et beaucoup chaque fois. Jusqu'à l'âge de 18 ans, elle présenta de l'incontinence nocturne d'urine, laquelle ne cessa que lors des premiers rapports sexuels.

Actuellement, la malade est atteinte d'un *tic facial*, généralisé à toute la moitié droite de la face, et caractérisé par des secousses rapides de la commissure labiale, par des secousses des deux paupières, amenant la fermeture de l'œil, et par un plissement spasmodique du front. Ce tic est exagéré par les émotions et par le parler. Il est complètement indolore, et ne s'accompagne ni de bégaiement, ni de mouvements de la tête dans son ensemble. Les secousses de tic auraient débuté il y a dix ans, sans raison apparente,par un spasme localisé à la partie interne de la paupière inférieure, et qui aurait persisté dans ces limites pendant plusieurs années ; ce spasme ne se serait généralisé à toute la moitié droite de la face que depuis un an.

En présence de ce tic facial, nous avons interrogé le système nerveux de la malade, afin de voir s'il présentait quelques particularités.

La *sensibilité subjective* ne présente aucun trouble.

La *sensibilité objective* est normale au tact,à la douleur et au froid, sur tout le corps,sauf en ce qui concerne la paume des mains et la plante des pieds : dans ces régions, en effet, on constate une hypoesthésie marquée pour les sensations de chaleur et de froid; cette hypoesthésie va en s'atténuant vers la racine du membre, où le chaud et le froid sont perçus normalement. En outre, la plante du pied est le siège d'une hyperesthésie très marquée à la piqûre. Ces modifications à l'état normal sont explicables, pour l'hyperesthésie plantaire, par l'état des téguments dépouillés de leur couche protectrice d'épiderme, pour l'hypoesthésie au froid des régions plantaire et palmaire, par un certain degré de *cyanose* des mains et des pieds, accompagnée d'une sensation objective de froid dans ces mêmes régions.

La *motilité* de la face et des membres est normale. Les lésions des pieds sont une cause de gêne pour la marche, mais les mouvements de toutes les articulations du membre inférieur se font normalement, sauf ceux des orteils, cependant animés encore de quelques mouvements de courte amplitude.

Il est dificile de dire s'il existe de l'atrophie musculaire des membres inférieurs, en raison de l'œdème des jambes et du cou-de-pied, qui masque l'état des muscles sous-jacents. Les membres supérieurs sont amaigris de façon notable, surtout au niveau des espaces interosseux ; mais il n'existe pas d'atrophie musculaire à proprement parler, car les mouvements ont conservé à peu près leur force normale.

Les *réflexes* tendineux sont un peu forts au niveau des poignets, des coudes, des genoux ; ils existent au niveau du tendon d'Achille. Le réflexe abdominal est normal. Il est impossible d'examiner le réflexe plantaire, en raison de l'état de la région.

Les *sphincters* ne présentent aucun trouble.

L'examen des yeux, fait par le Dr Antonelli, a donné les résultats suivants : il existe une *réaction paradoxale de la pupille*, consistant en ce fait que, dans des conditions rigoureuses d'expérimentation, la pupille, sous l'influence de l'impression lumineuse, se dilate au lieu de se contracter. Parfois cette dilatation est immédiate ; d'autres fois une faible contraction se produit d'abord, puis, immédiatement après, la pupille se dilate plus qu'elle ne l'était auparavant. Le fond de l'œil est normal, sauf une dystrophie sénile précoce (dystrophie pigmentaire de la chorio-rétine, et papilles optiques un peu pâles).

D'autre part, l'examen des autres organes du corps ne révèle rien d'anormal ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Il s'agit donc d'une malade précocement sénile, comme le montre son aspect et comme le confirme l'examen du fond de l'œil, atteinte, consécutivement à plusieurs crises de rhumatisme, de déformations articulaires très prononcées des deux pieds, ayant débuté il y a quinze ans environ ; il y a six ans, la malade a vu se développer sous la plante des pieds des squames, qui se sont transformées, depuis plus de deux ans, en de véritables masses cornées. Ces masses cornées tombent sous l'influence des bains et des pansements humides répétés, mais reparaissent dès que le traitement cesse. Aux déformations articulaires et à la kératose plantaire, s'ajoute un tic facial, sans autres symptômes nerveux actuels.

Objectivement, le diagnostic des lésions est facile à formuler : il s'agit d'un rhumatisme déformant, avec kératose plantaire symétrique et tic facial. Mais quelle est l'étiologie, quel est le point de départ de ces lésions? Est-ce une infection? la malade n'accuse aucune maladie infectieuse dans ses antécédents ; elle n'a jamais eu de blennorrhagie, jamais la moindre perte blanche. Elle n'accuse d'autre part aucun antécédent de syphilis ; jamais elle n'a eu d'enfant, ni de fausse couche ; jamais elle n'a eu de taches ni de lésions cutanées,

sauf toutefois les ulcérations du genou qui ont laissé des cicatrices visibles encore actuellement; ces cicatrices peuvent être d'origine syphilitique, mais cette origine ne peut pas être affirmée, en l'absence d'autres lésions confirmatives. Toutefois, il reste là un point douteux, impossible à résoudre actuellement.

Faut-il rechercher dans une intoxication la cause de notre syndrome? Notre malade n'est pas alcoolique, elle n'a aucun stigmate d'éthylisme, et d'ailleurs l'alcoolisme ne donne pas de lésions cutanées semblables à celles-ci. L'arsenic, absorbé d'une façon prolongée, produit des kératoses palmaires et plantaires : mais notre malade n'a jamais pris d'arsenic sous aucune forme.

S'agirait-il d'un psoriasis arthropathique? Mais il n'existe aucune lésion de psoriasis sur le reste du corps, et la malade affirme absolument n'en avoir jamais eu.

Nous restons alors en présence de deux hypothèses étiologiques, plausibles toutes deux dans le cas particulier : la première consiste à admettre l'existence d'une kératose plantaire essentielle, chez une malade atteinte de rhumatisme chronique; la seconde à admettre un eczéma corné ou kératosique. Mais nous croyons qu'il est impossible de conclure à une étiologie certaine.

Sommes-nous plus avancés en ce qui concerne la pathogénie de ces lésions? Leur symétrie, l'existence de troubles sensitifs et vasomoteurs au niveau des extrémités, les stigmates nerveux antérieurs et actuels présentés par la malade, nous incitent immédiatement à incriminer l'intervention du système nerveux.

Nous avons fait à notre malade une ponction lombaire, afin d'examiner son liquide céphalo-rachidien : ce liquide est sorti clair, d'une limpidité parfaite, sous pression normale: il ne contenait aucun élément anormal. Rien ne nous permet donc d'aller au-devant d'une hypothèse pathogénique, et si le système nerveux est pour quelque chose dans la production des lésions que nous étudions, nous ne savons rien quant à son mode d'action.

Éruption circinée du front.

Par MM. Chatin et Gastou.

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société appartient au service de notre maître, M. le professeur Fournier, qui a bien voulu nous charger de soumettre le cas à votre appréciation. Elle nous a paru intéressante surtout par la bizarrerie objective d'une lésion qui, rendant un diagnostic clinique difficile, a nécessité une biopsie et un examen histologique approfondi.

Julie L..., 30 ans, femme de chambre, bien constituée, robuste quoique

de petite taille, sans antécédents héréditaires, père mort de maladie de cœur, mère vivante, bien portante.

Elle a un frère et une sœur vivants et en excellente santé; dans sa jeunesse elle n'a jamais eu aucune maladie, pas même la rougeole.

Il y a seize mois, en janvier 1900, elle vit apparaître au sommet gauche du front, à la naissance des cheveux un petit bouton blanc, qui suppura et qu'elle ouvrit avec une épingle.

Le bouton au lieu de se cicatriser augmenta de volume, s'aplatit et fut remplacé par une rougeur de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

En septembre 1900, la malade consulta en Angleterre un médecin qui lui prescrit une pommade et des lavages à l'eau chaude, puis cette thérapeutique restant sans résultat, il fit des cautérisations au crayon de nitrate d'argent.

Le placard continuant à grandir, sur les conseils d'une amie, la malade fit venir un guérisseur qui massa fortement la lésion et prescrivit des pommades et des lavages très chauds.

A la suite de l'application des pommades, il se forma une plaie qui suppura pendant longtemps.

En janvier 1901, la malade vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où elle fut traitée comme spécifique, on lui appliqua de l'emplâtre de Vigo sur la lésion et lui fit prendre de l'iodure de potassium à l'intérieur.

A la fin de janvier, nouvelle consultation, en ville cette fois, d'un médecin qui, croyant avoir affaire à une syphilide, fit à la malade trois injections de calomel, deux de 5 centigrammes et une de 6 centigrammes; puis, pendant un mois, tous les deux jours fit des piqûres d'huile biiodurée avec, dans l'intervalle, deux pilules de Dupuytren par jour, tout cela sans aucun résultat. Au dire de la malade, après chaque piqûre il se produisit au front un gonflement douloureux, disparaissant au bout de quelques jours, mais sans aucune régression de la lésion qui continua à s'agrandir excentriquement, à la façon d'une trichophytie cutanée.

A Pâques, arrêt de tout traitement.

En juin, la malade vient à la policlinique où nous la voyons.

État actuel. — Placard ovalaire de quatre centimètres de long sur deux centimètres de large, siégeant à la partie supérieure gauche du front, présentant en son milieu une surface blanche arrondie de un centimètre et demi de diamètre, délimitée régulièrement par un anneau rouge sombre formant une crête rugueuse au toucher, saillante, infiltrée et légèrement surélevée.

La coloration de la zone centrale est absolument normale et ne diffère en rien de la peau saine environnante, elle est recouverte de cheveux fins et de poils follets; aucune trace cicatricielle, pourtant la malade est très affirmative et assure que cette partie guérie aujourd'hui aurait été aussi rouge que les bords.

A la pression des doigts, la peau, surtout celle du centre du placard, est souple, non adhérente et le pourtour donne au doigt une sensation de légère infiltration.

A la loupe on aperçoit à la périphérie dans le cercle infiltré quelques capillaires dilatés.

Lorsque, pour la première fois, on examine la lésion, on est frappé de sa ressemblance avec une syphilide circinée et on demande immédiatement à la malade si elle n'a eu et n'a actuellement aucune éruption sur le corps ; mais sa réponse négative, l'absence de toute hérédité, de toute espèce d'accidents spécifiques antérieurs et de plus la résistance complète de la malade à un traitement intensif, injections de calomel et d'huile biiodurée font, je crois, écarter cette hypothèse.

Est-ce un lupus vulgaire ? objectivement non.

En effet, aucun lupome ne se voit; la lésion n'a pas cette coloration sucre d'orge pathognomonique ; à la pression avec une lame de verre, on ne voit sur le fond décoloré aucun point caractéristique.

En outre, et c'est surtout ce qui est le plus important, la partie centrale, blanche, jadis malade, est maintenant saine, elle ne présente aucun aspect cicatriciel, or un lupus guéri laisse toujours quelques traces de son passage, et ici la peau paraît absolument normale.

Devant ces difficultés cliniques, nous avons pensé qu'une biopsie suivie d'un examen histologique était absolument nécessaire pour trancher le diagnostic et orienter la thérapeutique dans un sens ou dans un autre.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire de la clinique par M. Gastou a donné les résultats suivants :

La biopsie a porté sur tout l'anneau formé par l'éruption circinée dans le fragment de cercle le plus supérieur, près de la racine des cheveux. En ce point, la lésion est plus saillante et donne au toucher plus de sensation d'épaississement qu'en d'autres points.

Les coupes sont formées de deux parties distinctes, dont l'une a un épiderme proliféré et végétant, dont l'autre présente un épiderme diminué d'épaissseur, sous lequel les papilles sont aplaties et élargies.

Dans la première partie, les lésions épidermiques sont ainsi caractérisées : disparition de la couche cornée, conservation de la couche granuleuse diminuée d'épaisseur, prolifération et épaississement de la couche filamenteuse dont les cellules sont comme étirées et ont subi en plusieurs points la dégénérescence cavitaire, sans qu'il y ait formation vésiculeuse complète. La couche de cellules génératrices est tantôt régulière et de dimension et aspect normal, tantôt épaissie, étirée et largement proliférée, alors que dans d'autres points elle est comme absorbée par l'envahissement de l'infiltration papillaire sous-jacente qui va presque jusque sous la couche granuleuse Dans un point de la préparation, là où la prolifération épidermique envoie un large bourgeon dans le derme, la désorganisation des cellules affecte l'apparence des bourgeons épithéliaux de l'épithélioma. Il n'y a pas de cellules d'infiltration dans l'épiderme .

La région papillaire est, à peu de chose près, dans les deux parties de la coupe de structure, analogue et donne deux variétés d'aspect : en premier lieu, une infiltration cellulaire très prononcée, en second lieu, un aspect filamenteux et grenu de la papille, très pauvre en éléments cellulaires. Quelques rares papilles ont un aspect mixte et leur tissu est alors désorganisé, creusé de lacunes que remplissent des débris cellulaires granuleux.

L'infiltration papillaire fait partie de l'infiltration générale de la coupe,

qui est farcie d'éléments cellulaires à noyaux volumineux ronds entourés de peu de protoplasma. Les cellules sont du type lymphocyte, on rencontre, surtout dans les couches papillaires, peu de cellules conjonctives et pas de polynucléaires.

L'infiltration est ordonnée par rapport aux vaisseaux, auxquels elle forme des manchons complets ou qu'elle entoure en partie en croissant, poussant des prolongements cellulaires qui s'unissent aux masses d'infiltration voisine. Les vaisseaux, dans la région papillaire, ont leur lumière très nette et sont dilatés.

Dans les parties profondes du derme, l'aspect est tout autre. A part les glandes sébacées qui sont indemnes, on ne voit dans toute la coupe qu'une infiltration et une désorganisation complète du tissu.

Ici l'infiltration s'organise autour de volumineuses cellules géantes qui se groupent au nombre de quatre, cinq et plus pour former des amas surtout nombreux là où l'épiderme est diminué d'épaisseur.

Les foyers de cellules géantes correspondent aux points où la désintégration granuleuse est au maximum : ces vaisseaux disparaissent, il existe de nombreuses lacunes et un mélange de cellules épithélioïdes et de cellules d'infiltration lymphocytaires qui fait varier d'un endroit à l'autre la configuration des amas. Le schéma de l'altération serait le suivant : au centre une, deux ou trois cellules géantes très riches en noyaux et formant un cercle au milieu duquel existe la désintégration et la nécrose.

Au delà des cellules géantes, un tissu reticulé contenant quelques lymphocytes, puis une bordure de cellules épithélioïdes formant une enceinte presque régulière; au delà enfin, la masse d'infiltration dans laquelle sont les vaisseaux dilatés, masse allant jusqu'aux papilles.

On ne rencontre en aucune partie de bacille de Koch, ni d'autres éléments microbiens.

En résumé, la lésion examinée est constituée par un tissu nettement tuberculeux, il s'agit d'une variété de tuberculose cutanée intermédiaire entre le lupus nodulaire et la tuberculose végétante non ulcéreuse.

C'est donc un lupus, mais d'une forme assez anormale.

Nous croyons toutefois nous trouver en présence de la variété assez rare du lupus centrifuge circiné décrit par Kaposi (traduction Besnier et Doyon, 2e vol., p. 441). Nous rencontrons en effet dans la description du maître un certain nombre de symptômes qui sont aussi dans notre observation. Il s'exprime ainsi : « Les variétés du lupus centrifuge sont des plus nombreuses... plusieurs de ces variétés sont nettement syphiloïdes autour d'un *centre normal*, ou à peu près, cicatriciel et plus ou moins induré, avec une circination régulière et complète, ou séparée ou non par une bordure rouge livide; on trouve une couronne de foyers recouverte de croûtes et formant un rempart élevé au-dessus du niveau de la peau. »

Dans notre observation comme dans cette citation, nous retrouvons la forme si nettement syphiloïde, le centre normal, la bordure rouge livide qui sont les signes caractéristiques de l'éruption de notre

malade et celles données par Kaposi comme symptomatiques du lupus centrifuge circiné.

Nous soumettrons notre malade au traitement photothérapique avec l'appareil Lortet-Genoud, nous réservant de la montrer à la Société quand sa lésion sera modifiée.

M. Brocq. — Cette malade est atteinte d'une forme spéciale de lupus, dont M. Jacquet a des observations depuis 1890. C'est une forme grave, extensive, qui s'accompagne souvent de tuberculose pulmonaire.

M. Fournier. — La lésion présente un caractère tout particulier, le centre semble indemne et l'extension est, comme dans les syphilides, périphérique.

M. Leredde. — Je me demande si dans des cas pareils il n'y aurait pas lieu de faire l'ablation au bistouri.

M. Brocq. — Chez les malades que j'ai pu suivre, les cautérisations ignées ont amené une amélioration notable, mais cette amélioration a été, dans plusieurs cas, suivie de tuberculose viscérale rapidement mortelle.

M. Barthélemy. — Il me paraît que ce lupus a débuté comme tous les autres par un point central et que la lésion s'est ensuite guérie et *cicatrisée* au centre, alors que, par une marche centrifuge, la lésion s'irradiait à la périphérie : de cette manière, l'affection encore en activité donne lieu à une lésion remarquablement annulaire ; la circonférence ou l'ovale sont aussi complets que s'il s'agissait de syphilide, d'eczéma séborrhéique ou de psoriasis ; pourtant, comme aux précédents observateurs, le diagnostic de lupus ne me paraît pas douteux. J'ai déjà eu l'occasion d'en traiter un semblable et la guérison, assez difficilement obtenue, mais qui a été pourtant complète et *définitive*, n'a pas été suivie plus tard de généralisation quelconque ; du moins voilà une dizaine d'années que cette guérison persiste et que rien ne s'est déclaré, ni dans les ganglions, ni dans les poumons, ni dans les testicules ou les os. Le traitement a consisté dans des pointes de feu, *très fines, très rapprochées* et *très profondes ;* j'ai dû revenir deux fois aux mêmes places. Ces séances de *cautérisations ignées* se faisaient deux fois par semaine, mais une fois par semaine seulement aux mêmes places. J'avais soin de cautériser d'abord la superficie des lésions voisines pour faire une sorte de cuirasse carbonisée et empêcher les auto-inoculations, avant de pratiquer les cautérisations interstitielles du derme ; il faut aller jusque dans l'hypoderme et ne pas hésiter à juxtaposer les pointes de façon que la totalité du tissu infiltré soit détruite et transformée en tissu de cicatrice. Il faut, par conséquent, partager la lésion en une série de parcelles d'un centimètre environ et agir successivement sur chacune de ces parcelles. C'est la méthode que j'ai publiée dès 1881 pour la guérison des tubercules anatomiques, avec ou sans raclage préalable pour ces dernières lésions, et pour la guérison de certaines ulcérations phagédéniques du chancre simple.

Sur un cas de syphilis anormale.

Par MM. H. Hallopeau et Villaret

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter est atteinte de manifestations éruptives multiples dont les plus importantes paraissent se rattacher à la syphilis, les autres à du lichen plan et à de l'iodisme. Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

M..., 43 ans, entrée le 6 mai 1901.

Pas d'antécédents pathologiques.

Début de la maladie il y a trois ans, par des altérations du cuir chevelu, de la gorge et des paumes des mains.

Les boutons du cuir chevelu étaient croûteux ; ils ont laissé des cicatrices qu'on voit aujourd'hui.

2 juillet. Actuellement, ces plaques cicatricielles existent en grand nombre sur le cuir chevelu et leurs dimensions sont considérables ; l'une d'elles occupe la partie gauche de la région occipitale et mesure environ 12 centimètres transversalement sur 10 centimètres verticalement ; ces plaques sont en partie déprimées, décolorées, en d'autres points au contraire, de coloration rougeâtre, avec cloisonnement de l'épiderme par des sillons peu profonds circonscrivant des îlots de dimensions très variables. Sur une de ces plaques, la cicatrice présente un aspect étoilé des plus nets.

L'alopécie est complète au niveau de certaines d'entre elles ; sur d'autres, on voit encore de petits groupes de cheveux atrophiés.

Leurs contours sont polycycliques ; en plusieurs points, ces plaques sont constituées par la confluence de dépressions circulaires ; elles n'adhèrent pas au cuir chevelu ; quelques-unes d'entre elles desquament. On trouve des ganglions cervicaux multiples et volumineux.

Mains. — Sur la face palmaire des doigts, existe une éruption de tout autre aspect : ce sont des croûtes linéaires, sinueuses, souvent curvilignes, mesurant pour la plupart de 1 à 2 millimètres de diamètre, quelques-unes de 3 à 4 sur 5 à 8 millimètres de longueur, simulant à s'y méprendre des sillons de gale ; ces croûtelles reposent sur une base indurée.

A côté des croûtes curvilignes, il y en a d'arrondies, d'autres punctiformes, reposant également sur des bases indurées.

Ces altérations sont multiples et disséminées sur la face palmaire de tous les doigts.

On voit en outre, au niveau de la paume de la main, des indurations papuleuses d'apparence cicatricielle, sans croûtes.

A la main gauche, les altérations sont identiques et les lésions semblables.

Au niveau du coude gauche, il y a des saillies papulo-tuberculeuses groupées en un cercle très irrégulier et incomplet, mesurant en moyenne le volume d'une grosse lentille, isolées ou confluentes, d'une coloration rouge pâle, disparaissant sous le doigt, recouvertes de squames blanchâtres.

Au-dessous, se trouve un groupe de cicatrices décolorées, à surface gaufrée ; l'une d'elles présente à son voisinage une papule semblable à celles déjà décrites.

Sur la face palmaire du bras gauche, on voit un groupe également circulaire de papules brillantes, volumineuses, offrant les caractères du lichen plan.

Au coude droit, se trouve un groupe de dépressions cicatricielles irrégulièrement circulaires, à bords taillés à pic, et, à son pourtour, des tubercules semblables à ceux du côté opposé.

La partie antérieure du tronc est le siège d'une éruption de petites papules grosses comme des grains de chènevis, rosées, isolées ou groupées, soit en îlots irrégulièrement circulaires, soit en séries linéaires, résistant au toucher, à surface brillante, les unes planes, les autres acuminées, offrant les caractères du lichen plan. Elles sont abondantes surtout au-dessous des reins ; quelques-unes d'entre elles sont le siège de petites vésico-pustules. Les ganglions de l'aine sont légèrement tuméfiés.

Le pilier postérieur droit du voile du palais est le siège d'une tuméfaction notable qui paraît se propager à la partie postérieure voisine de la muqueuse pharyngienne.

Pas d'altérations buccales ni linguales.

La malade prend 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Sur la tête, on applique de la pommade au salicylate de mercure.

Les lésions n'ont pas été modifiées de façon appréciable.

Si l'on ne considère que les lésions, cependant si étendues, du cuir chevelu, il paraît difficile de porter un diagnostic ferme : l'on arrive cependant par exclusion à celui d'une syphilide ulcéreuse probable. On pourrait cependant penser à un lupus érythémateux; mais, d'une part, les caractères des cicatrices diffèrent de ceux qu'elles présentent dans cette dermatose ; d'autre part, les éruptions des coudes et surtout des cicatrices groupées circulairement et taillées à l'emporte-pièce qu'ont laissées celles qui ont rétrocédé paraissent bien être de nature syphilitique.

S'il s'agit là de lésions syphilitiques, nous sommes conduits à considérer également comme telles les altérations symétriques des paumes des mains, malgré l'étrangeté de leur aspect ; comme nous l'avons indiqué, elles rappellent l'aspect de nombreux sillons croûteux de gale ; ces saillies allongées, étroites, curvilignes, croûteuses, n'ont jamais, à notre connaissance, été jusqu'ici signalées dans la syphilis ; ce qui vient cependant à l'appui de ce diagnostic, ce sont les saillies papuleuses qui entourent ces élevures.

Nous ne ferons que mentionner l'éruption concomitante du lichen plan que l'on observe sur le tronc, ainsi que l'éruption iodique qui s'est récemment développée sur le visage.

Traitement d'un cas de pelade décalvante par les frictions avec le pétrole.

Par MM. Hallopeau et Villaret.

Bien que nous soyons en possession de nombreux moyens d'action sur la pelade, nous nous trouvons cependant toujours embarrassés pour la traiter lorsqu'elle a amené une déglabration générale ou très étendue du cuir chevelu : en effet, tous les agents efficaces dont nous pouvons disposer ont l'inconvénient, soit comme la chrysarobine de colorer vivement en rouge, non seulement le cuir chevelu, mais aussi le visage, soit comme les applications, soit d'acide acétique ou lactique, soit d'acide phénique dissous dans un dixième d'alcool, soit de teinture de cantharides, d'être pénibles en raison de l'étendue des surfaces sur lesquelles on doit agir, soit comme l'huile de cade, de sentir mauvais et de donner au cuir chevelu une coloration sale, soit enfin, comme l'essence de Wintergreen, de n'agir que trop lentement.

D'autre part, l'emploi isolé de la lotion parasiticide de l'hôpital ne suffit pas pour avoir raison de la maladie.

Constatant ce dernier fait chez la jeune fille que nous avons l'honneur de vous présenter, nous avons substitué à ces applications des frictions quotidiennes pratiquées, après savonnage, avec du pétrole ; l'histoire de la malade que nous avons l'honneur de vous présenter va montrer que cette tentative a donné de bons résultats.

La nommée Marthe H..., âgée de 17 ans, entrée le 9 octobre 1901, salle Lugol, lit nº 25.

Cette malade est atteinte depuis un an d'une pelade qui a commencé par un placard au niveau de l'occiput et s'est étendue rapidement à tout le cuir chevelu respectant seulement son pourtour et un espace grand comme une pièce de cent sous, situé à la partie postéro-supérieure du crâne.

Elle a d'abord été traitée par la lotion parasiticide et la pommade soufrée pendant trois mois : ce traitement n'a produit aucun résultat appréciable.

En présence de cet insuccès, nous avons eu recours à la médication suivante : deux fois par jour à 9 heures du matin et à 4 heures du soir, on a pratiqué un savonnage de la tête suivi d'une friction énergique pendant cinq minutes avec du pétrole. Ce traitement a été régulièrement suivi depuis huit mois. Les résultats en ont été remarquables ; peu de temps après ces premières frictions, des poils follets ont apparu ; bientôt, toutes les parties dénudées en ont été recouvertes ; plus tard, ils se sont transformés partiellement en cheveux adultes : ceux-ci mesurent de 1 centimètre à 2 centimètres et demi de longueur et recouvrent actuellement la plus grande partie des régions pariétales et envahissent également les régions occipitale et frontale. En dehors de ces parties où l'aspect de la chevelure est redevenu pour ainsi dire normal, on voit partout des cheveux follets qui se transforment en cheveux adultes.

Il ressort de ces faits : 1° *Que le pétrole appliqué en frictions quotidiennes enraye le développement de la pelade, car on voit peu après son emploi réapparaître des follets et il n'y a plus de retours offensifs ;*

2° *Que ces frictions favorisent la repousse des cheveux ;*

3° *Que cette action, bien que lente, se poursuit progressivement ;*

4° *Qu'elle peut être d'une réelle utilité pour les cas où la déglabration généralisée ou très étendue rend difficile l'usage des médications usuelles ;*

5° *Que cette médication sera également indiquée dans les pelades des parties découvertes et dans les pelades généralisées du corps.*

Si nous cherchons à expliquer cette efficacité, nous sommes conduits à admettre qu'*elle est due, suivant toute vraisemblance, à l'action parasiticide du pétrole*, action que rend de toute évidence son efficacité dans le traitement de la gale.

Nous ferons remarquer en dernier lieu que l'*action irritante* du *pétrole est nulle :* les frictions prolongées n'amènent ni rougeur de la peau, ni sensations pénibles ; ce n'est donc pas à une action phlogogène, comme on l'a admis à tort, suivant nous, pour l'ensemble des autres moyens antipeladiques, qu'il faut attribuer son efficacité ; elle n'est pas due davantage à une modification dans la constitution non plus qu'à un changement dans le mode de réaction de la peau ; comme la plupart des agents utiles contre cette maladie, le pétrole, suivant toute vraisemblance, agit en tuant le contage.

M. Besnier. — Il faut toujours, dans les traitements de ce genre, prévenir les malades des dangers que présente le voisinage de corps ignés ou de foyers incandescents.

Sur un cas d'érythème iris à forme chronique.

Par MM. H. Hallopeau et Villaret.

Les érythèmes chroniques n'ont été encore qu'imparfaitement étudiés ; la plupart des auteurs classiques les passent sous silence. Il y en a déjà cependant dans la littérature dermatologique un certain nombre de cas authentiques : c'est ainsi que R. Crocker et Campbell ont décrit en 1894, une forme qu'ils ont dénommée *erythema elevatum* et *diutinum*, siégeant au pourtour des articulations, dans la continuité des membres du côté de l'extension et dans les paumes des mains, sous forme de nodules, isolés ou confluents, ronds ou ovales, durs, résistants, d'abord rouges, puis purpuriques, récidivant ou persistant pendant plusieurs semaines ; Hutchinson avait fait con-

naître antérieurement un type clinique très semblable : l'un de nous a signalé, dans son *Traité de dermatologie*, une autre forme qu'il a appelée *érythème circiné persistant;* elle a été limitée à l'abdomen et aux membres inférieurs ; les éléments, peu élevés, ne disparaissaient qu'incomplètement sous la pression du doigt ; ils étaient groupés en cercles irréguliers ; les papules s'affaissaient sans laisser d'autres traces que des macules brunâtres ; de nouveaux cercles se sont ainsi reproduits pendant plusieurs mois.

La dermatose de la malade que nous avons l'honneur de vous présenter peut être placée à côté des précédentes, bien qu'elle en diffère notablement par le caractère de ses éléments ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Jeanne B..., âgée de 28 ans, confiseuse, entre le 19 juin 1901, salle Lugol, lit n° 15.

La malade a eu, à l'âge de 21 ans, une ophtalmie double qui a laissé à sa suite une opacité de la plus grande partie de la cornée gauche, de l'iritis de l'autre côté, du glaucome, et enfin une surdité double complète.

On trouve de plus une voussure en carène des plus prononcées de la voûte palatine.

Elle a deux enfants bien portants : les accouchements se sont bien passés.

Le début de l'affection remonte à cinq mois : à ce moment-là, il s'est produit sur le dos de la main gauche de petits boutons semblables à ceux qui ont apparu ces jours derniers, c'est-à-dire constitués par des pustulettes. Ces boutons se sont ensuite concrétés en croûtelles miliaires en même temps qu'ils s'étendaient excentriquement et circulairement, puis ils sont devenus confluents, formant alors des plaques polycycliques, en forme de cartes géographiques, de 1 à 4 centimètres de diamètre. Ces éruptions sont le siège de vives démangeaisons amenant un grattage intense. Une partie des plaques ont fini par s'affaisser.

Deux mois après cette première poussée, le dos de la main droite s'est pris également.

Enfin, depuis trois semaines, il s'est formé des plaques rouges sur le dos de l'avant-bras gauche.

Actuellement, l'état général de la malade est satisfaisant.

L'éruption occupe le dos des mains et de la partie inférieure de l'avant-bras gauche.

Sur la main gauche on constate les éléments suivants :

1° Plusieurs pustulettes, des dimensions d'un grain de chènevis, reposant sur une base rouge, indurée ;

2° Des papules allant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille. Les premières sont planes, les secondes présentent une partie centrale déprimée, marquée par une croûtelle miliaire. Leur rebord est saillant. On voit d'autres papules, ovalaires, atteignant plus d'un centimètre dans leur grand diamètre, déprimées au centre, saillantes à la périphérie. A l'une d'elles est accolé un élément lenticulaire qui se confond avec elle sur un tiers de son pourtour ;

3° Il existe enfin de plus grandes plaques présentant le même contour saillant, polycyclique, entouré d'une surface érythémateuse, non saillante. Ces grandes plaques sont formées par la confluence des éléments précédemment indiqués. D'autres plaques en voie de régression ne sont plus caractérisées que par des surfaces brillantes. Ces surfaces sont divisées par des sillons en segments géométriques présentant de 1 à 5 millimètres de dimension dans leur plus grand diamètre.

Tous ces éléments sont rouges au centre et d'un rose pâle au niveau des rebords marginés.

Sur l'avant-bras gauche, il faut noter l'existence d'une tache érythémateuse présentant de l'épaississement des plis cutanés. La surface de cette tache est polygonale et brillante. On y voit en outre une vésicule desséchée.

Sur le dos de la main droite, on peut voir les mêmes éléments que sur la main gauche, mais l'éruption y est moins abondante.

Une papulo-vésicule s'est développée hier sur le dos de la première phalange de l'index.

Rien de particulièrement remarquable à noter sur le reste du corps, sinon une hyperostose siégeant au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du médius droit : cette hyperostose est probablement d'origine spécifique, en rapport avec les altérations palatines et oculaires que nous avons signalées.

3 juillet. — La malade a été traitée avec la pommade salicylée; sous l'influence de cette médication ou spontanément, il s'est produit une grande amélioration : il n'y a plus de vésicules; les plaques érythémateuses se sont affaissées, il n'en reste plus que des vestiges : sur le dos de la main droite, on voit des plaques d'un rouge pâle, irrégulièrement groupées, isolées ou confluentes, d'un aspect brillant avec épaississement des plis de la peau, ressemblant à un lichen. Il en est de même à l'avant-bras et sur le dos de la main gauche.

L'examen du sang de la malade, pratiqué par M. Halkin, n'a rien montré d'anormal; il n'y a pas d'éosinophilie; peut-être existe-il un peu de polynucléose.

L'examen d'une vésicule a fourni une petite masse translucide de la grosseur d'un grain de tapioca; elle était formée de mono- et de polynucléaires sans éosinophilie.

L'examen histologique de la papule qui l'entoure montre une infiltration du derme qui va se prolongeant vers la profondeur autour des vaisseaux et s'étend vers la surface jusque dans le corps muqueux; des cellules ont émigré jusqu'au voisinage de la surface.

Cette infiltration n'a pas de caractères spéciaux; les mastzellen y sont rares.

Il n'y a pas d'autres altérations appréciables.

Les faits qui viennent d'être constatés montrent qu'il s'agit d'un processus inflammatoire du derme supérieur.

Le diagnostic d'érythème chronique ne nous paraît pas devoir faire l'objet d'un doute; le début des altérations est une pustulette, mais la

lésion essentielle consiste en une papule qui se développe consécutivement et atteint bientôt les dimensions d'une lentille pour continuer ensuite à s'étendre excentriquement ou à se confondre avec des éléments semblables en placards à contours géographiques.

La seule autre hypothèse que l'on pourrait faire serait celle d'une maladie de Duhring, mais l'on n'y observe pas ces papules nettement érythémateuses lenticulaires à bord saillant, développées autour de la pustulette initiale qui persiste souvent dans sa partie centrale sous forme d'une croûtelle miliaire : la douleur est d'ailleurs ici à peu près nulle.

Nous ne nous arrêterons pas au diagnostic de lichen : la ressemblance qui a pu porter de bons cliniciens à commettre cette erreur n'est qu'apparente ; nulle part, on ne voit les éléments caractéristiques de cette dermatose.

Cet érythème présente cette particularité qu'il se développe constamment au pourtour d'une pustulette et qu'il suit une marche progressivement excentrique sans cependant atteindre des proportions considérables ; *il offre donc les caractères assignés à l'herpès iris; c'est la première fois à notre connaissance que l'on signale la chronicité de cette éruption.*

Cette chronicité est double en quelque sorte : elle porte en effet, d'une part, sur chacun des éléments éruptifs qui, au lieu de s'effacer au bout de peu de jours comme il est de règle pour ces érythèmes, durent pendant des semaines et même, semble-t-il, des mois ; d'autre part, la maladie est elle-même chronique puisque son évolution se poursuit sans interruption depuis plus de cinq mois.

Nous avons vu que d'après les résultats de l'examen histologique, il s'agit d'une inflammation ; l'un de nous est déjà arrivé antérieurement à cette conclusion de par l'observation clinique.

Cette éruption n'a rien à faire avec la syphilis héréditaire dont cette malade paraît atteinte.

Pour ce qui est de sa cause, l'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une auto-intoxication.

M. Besnier. — Il est très important de fixer d'une façon précise la nature de ces érythèmes du dos des mains. Souvent il s'agit de véritables états pellagroïdes tenaces, rebelles, dans lesquels on trouve des lésions banales d'inflammation et où les recherches bactériologiques n'ont rien démontré jusqu'à présent de probant.

M. Hallopeau. — Dans ce cas, l'érythème a été marginé avec vésiculation centrale et évolution excentrique : guérison au centre, exfoliation périphérique.

Sur un cas d'éruption urticarienne pigmentée simulant la lèpre.

Par MM. HALLOPEAU et MARCEL SÉE.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est porteur de placards éruptifs groupés sur divers points de son tégument : épaules, pourtour des plis axillaires et pointe de l'omoplate gauche; membres supérieurs, notamment aux plis des coudes; partie inférieure du tronc, sur les reins, les dernières côtes et le ventre. En chacune de ces régions s'assemblent des taches nummulaires confluentes, irrégulièrement ovalaires et à bord quelque peu diffus ; un grand nombre représentent des anneaux, leur centre restant sain.

Leur couleur rosée devient, après quelques minutes d'exposition à l'air, plus foncée et plus brunâtre, en même temps qu'elles s'élèvent très légèrement. La pression ne les fait pas disparaître complètement. Ces éléments existent aux mêmes places depuis un an environ, pâlissant parfois jusqu'à devenir peu visibles, sans jamais disparaître tout à fait, devenant plus colorés et plus saillants sous l'influence de la chaleur, du froid, de l'exposition à l'air, ne donnant lieu que de temps en temps à un léger prurit. En les voyant, surtout chez cet homme au système pileux facial peu développé, aux éminences thénar assez aplaties, on ne peut s'empêcher de penser à certaines macules lépreuses.

En outre de ces taches érythémateuses s'en trouvent d'autres, disséminées un peu partout : celles-ci, violettes, planes et bien plus petites, sont constituées par de minuscules dilatations vasculaires. Elles sont. plus anciennes. Les premières d'entre elles ont apparu il y a trois ans environ; d'autres se seraient développées depuis, sans qu'aucune disparût jamais.

Enfin les jambes sont le siège de petites pétéchies discrètes, plus nombreuses vers les pieds. Autour des malléoles existent des varices saillantes, avec larges ecchymoses, pigmentation, desquamation écailleuse. Le purpura, comme les taches næviformes, a débuté il y a trois ans, accompagné de douleurs dans les genoux, sans troubles digestifs. Depuis, le malade ne peut, la plupart du temps, exercer son métier de garçon de restaurant. A plusieurs reprises il a eu de l'œdème des pieds, et aussi du dos des mains. Ses extrémités sont toujours froides.

L'état général semble peu brillant, bien qu'il ait été pire. Les dents sont très mauvaises, la bouche présente un certain degré de stomatite. Pas de sucre, ni d'albumine.

Nous avons recherché l'état de la sensibilité au niveau des éléments érythémateux et de leur centre décoloré, et aux extrémités : partout elle nous a paru normale au triple point de vue de la perception des contacts, de la température et de la douleur. Les nerfs cubitaux ne sont pas tuméfiés, non plus que les filets nerveux sus-claviculaires. Ajoutons que l'aspect des éminences thénar n'est dû qu'à l'amaigrissement général; que la force des mains est conservée; que les moustaches et la barbe ont toujours été grêles et que les sourcils sont intacts. En somme, la similitude avec la lèpre ne résiste pas à l'examen. Il faut noter que le malade, né à Paris, y a toujours habité, sauf pendant son service militaire, effectué à Com-

mercy. Jamais, semble-t-il, il n'a été en contact avec des lépreux, parents ou étrangers.

Quelle est donc la cause de ces troubles vasculaires et vaso-moteurs? Il est difficile de le dire. Nous n'avons rien trouvé du côté du système nerveux, si ce n'est un peu de faiblesse des réflexes rotuliens (pas de signe de Romberg, mouvements pupillaires normaux). Le cœur paraît sain, le poumon aussi ; le malade ne tousse pas, ne transpire pas la nuit, n'a jamais eu aucune affection thoracique. Il ne semble pas éthylique. Il n'a jamais eu la syphilis. Mais l'éruption actuelle offre la plus grande ressemblance avec un cas d'urticaire persistante pigmentée, décrite il y a quelques années par l'un de nous (1) ; ce dernier, qui présentait une symptomatologie analogue, avec de l'asphyxie des extrémités, avait été pris longtemps pour de la lèpre. Remarquons toutefois qu'il s'agit d'une forme différente de l'urticaire pigmentée classique, infantile ; il y a d'ailleurs ici peu de phénomènes urticaires, l'autographisme n'existe pas. L'examen microscopique sera publié ultérieurement.

Traitement du lichen de Wilson par les applications quotidiennes d'une solution de permanganate de potasse au cinquantième.

Par MM. H. HALLOPEAU et VILLARET.

Les topiques employés généralement contre le lichen, et particulièrement la pommade tartrique au vingtième, n'ont le plus souvent qu'une lente efficacité, même si on leur associe le traitement interne par l'arsenic ; les agents plus actifs, tels que le collodion biioduré au deux ou trois centième, ne peuvent être appliqués, en raison de la douleur qu'ils provoquent, que sur des surfaces très restreintes : on peut dire que le traitement local de cette dermatose est encore à trouver.

Il nous paraît intéressant à ce point de vue de montrer de nouveau à la Société la malade atteinte de lichen plan circiné que nous avons eu déjà l'honneur de lui présenter une fois et chez laquelle nous essayons depuis peu de temps cette nouvelle médication.

Clémence D..., 19 ans, nourrice, entre le 2 mai 1901, salle Lugol.

C'est la seconde fois que nous présentons cette malade. Nous rappellerons qu'elle était atteinte de plaques irrégulièrement circinées de lichen plan situées, deux sur les parties latérales du cou, une au-devant de l'extrémité interne de la clavicule gauche. Il y avait en outre un semis de papules sur le sein correspondant. Depuis 17 jours, les deux plaques cervicales ont été traitées par des applications de compresses imprégnées d'une

(1) HALLOPEAU. Sur un cas d'urticaire pigmentée publié antérieurement comme un cas probable de lèpre bretonne. *Soc. française de dermatologie*, 7 juillet 1898.

solution de permanganate de potasse au 50e, maintenues chaque jour pendant un quart d'heure, tandis que la plaque claviculaire était recouverte quotidiennement de glycérolé tartrique au 20e.

Malgré le peu de temps pendant lequel ces médications ont été employées, il est manifeste que l'action du permanganate de potasse a été bien supérieure à celle de l'autre médication.

Les plaques en question se sont très notablement effacées : on n'y constate plus que de petits éléments peu saillants quoique encore caractéristiques.

Au niveau du sein gauche, il y a une véritable amélioration : deux applications ont suffi pour amener un changement notable ; les boutons se sont affaissés ; ce traitement a dû y être interrompu à cause d'une irritation trop vive.

Au contraire, le placard de la partie antéro-latérale gauche du cou traité par le glycérolé tartrique s'est à peine modifié.

Les effets obtenus nous permettent d'espérer une guérison prochaine.

Nous avons été conduits à appliquer cette médication au traitement du lichen par les excellents résultats qu'elles a donnés à M. Butte, et à nous-mêmes, dans le traitement des lupus, et à cette idée théorique que le lichen de Wilson est, comme le lupus, une maladie due à l'action d'un parasite.

Nous nous promettons de renouveler ces tentatives et de communiquer à la Société les résultats que nous en obtiendrons.

Deuxième note sur un cas de pemphigus foliacé avec ostéomalacie.

Par M. H. Hallopeau.

Nous aurions vivement désiré montrer de nouveau à la Société la malade qui a fait l'objet d'une première communication avec M. Constensoux en novembre 1898 : elle n'est malheureusement plus transportable.

Sa situation a continué à s'aggraver progressivement, bien que l'état satisfaisant des fonctions digestives lui ait permis de résister jusqu'ici à sa maladie.

L'exfoliation pemphigoïde a continué à se produire avec les caractères qui ont été indiqués précédemment ; il faut noter cependant que, ces jours derniers, les soulèvements bulleux, au lieu de se rompre au moment même de leur production, persistent partiellement pendant plusieurs jours : c'est ainsi que nous avons pu évacuer hier le liquide d'une bulle volumineuse qui s'était développée à la plante du pied gauche.

Un autre fait à noter est l'apparition d'une hyperpigmentation

générale de la peau ; par places, elle se prononce davantage en forme de macules.

Les incurvations des jambes se sont accentuées : celle de la jambe gauche forme une saillie en angle aigu ; de plus, le ramollissement des os est tel que, lorsque l'on cherche à soulever le membre, on le voit nettement s'infléchir à ce niveau ; la rotation de la jambe gauche sur son axe, en forme de tire-bouchon, s'est également accentuée.

Les altérations osseuses se sont étendues récemment aux membres supérieurs ; l'avant-bras droit est infléchi dans sa partie moyenne ; il y présente une forte courbure à concavité postérieure.

L'amaigrissement est squelettique. Les douleurs sont vives, surtout dans les membres ; ce n'est qu'à l'aide de coussins que la malade trouve une attitude possible pour ses membres déformés : il est bien probable que tout le squelette est intéressé.

La muqueuse buccale reste intacte : la malade échappe ainsi à la source grave d'infection que créent souvent dans les maladies bulleuses les altérations de cette membrane.

Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement et l'appétit est remarquablement conservé.

Nous n'avons rien à ajouter, relativement à la pathogénie probable de cette ostéomalacie, à ce que nous avons dit en 1898.

Nous noterons seulement la présence de phosphates de chaux constatée par notre interne en pharmacie, M. Dugros, dans le liquide de la seule bulle que l'on ait pu examiner, et l'absence de myélocytes dans le sang reconnue par M. Halkin. L'analyse de l'urine n'indique plus actuellement de déminéralisation active par la voie rénale, elle semble se faire exclusivement par la peau.

Action des jarretières et, d'une manière générale, des compressions persistantes sur l'ichtyose ; localisations symétriques de cette dermatose.

Par MM. HALLOPEAU et FOUQUET.

L'un de nous a déjà communiqué à la Société, en mai 1898, un fait d'ichtyose vraie localisée et symétrique, et fait ressortir, avec Guibal, l'intérêt que cette distribution présentait au point de vue de la pathogénie de la maladie : ces localisations, disions-nous alors, sont l'apanage des anomalies d'origine embryonnaire.

L'enfant que nous avons l'honneur de vous présenter est un nouvel exemple de cette localisation systématique : on va voir, en effet, que son ichtyose est limitée aux quatre membres, bien qu'il s'agisse d'une forme typique de cette dermatose.

Mais, ce qui nous a surtout déterminé à vous le présenter, c'est

l'action si remarquable qu'a exercée sur l'altération cutanée la pression légère mais continue que produisent les jarretières.

Nous résumerons ainsi qu'il suit cette observation :

Jean Baptiste R..., âgé de 11 ans, entre le 20 juin 1901, salle Bazin, n° 12, pour une ichtyose qu'il a depuis sa naissance.

Dans sa famille, aucun enfant n'est atteint de cette affection cutanée. Il a une sœur qui a 27 ans et qui est mariée.

Les trois enfants qu'elle a eus sont bien portants et ne présentent rien de semblable.

Quand on examine cet enfant, on remarque que la dermatose est essentiellement localisée aux membres.

Il n'y a rien d'anormal, ni à la face, ni au cou, ni au tronc, où la peau a conservé sa blancheur et sa finesse.

Aux membres supérieurs, l'éruption épargne les plis de flexion.

A la face postérieure du coude droit, existe une large plaque qui, s'arrêtant sur les côtés aux saillies épitrochléennes et épicondyliennes, remonte en diminuant jusque sous l'épaule, et descend sur l'avant-bras jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessous de l'olécrâne.

Cette plaque d'un gris sale, noirâtre même par endroits, est formée d'éléments saillants, de 1 à 2 millimètres de diamètre, polygonaux, séparés les uns des autres par des sillons dont la profondeur est égale à leur saillie. Ce sont comme de petits prismes, la plupart quadrangulaires, juxtaposés les uns aux autres. Il en résulte une sorte de carrelage.

En grattant avec l'ongle, il est facile d'enlever ces éléments ; ils laissent alors voir un épiderme rugueux où les stries normales de la peau sont fortement accentuées.

La hauteur des éléments, très marquée au niveau du coude, diminue en remontant vers l'aisselle, de telle sorte qu'en haut du bras la peau est simplement rugueuse, comme à gros grains. Le même état rugueux de la peau existe au niveau du pli du coude. Il n'y a rien à la main. Les ongles sont normaux.

Au membre supérieur gauche, la localisation et l'aspect des éléments éruptifs sont les mêmes.

Aux membres inférieurs, les saillies ichtyosiques commencent à la moitié inférieure des fesses.

Elles y forment des placards de la largeur de la paume de la main, ne pénétrant pas très avant dans le sillon interfessier, descendant jusqu'à un ou deux travers de doigt au-dessous du pli fessier. Ces placards existent aussi à la face interne des cuisses, mais beaucoup plus petits, séparés entre eux par des intervalles de peau saine. Sur le périnée, il existe quelques éléments peu saillants ; les organes génitaux sont indemnes.

Sur la face postérieure des cuisses, les éléments saillants cessent dans le tiers moyen, puis reprennent dans le tiers inférieur, revêtant une disposition particulière. Ils forment une bande circulaire au-dessus de la rotule, mesurant de 5 à 6 centimètres en avant et de 2 à 3 centimètres en arrière.

Au-dessous de cette bande, où les éléments décrits plus hauts sont

très serrés, assez élevés, il existe une autre bande de peau fine, lisse, rosée. A deux travers de doigt au-dessus de la rotule, elle est légèrement plus large en avant qu'en arrière.

Cette couronne de peau normale est due à la pression exercée par les jarretières que porte la malade.

Au-dessous de cette bande circulaire d'apparence normale, les éléments reparaissent tout autour du genou.

Cependant, à droite, il existe une cicatrice longitudinale de 12 centimètres, où ils font défaut.

Des deux côtés, toute la face postérieure de la jambe est recouverte d'une plaque continue du jarret au talon. En haut, les éléments qui composent cette plaque sont plus élevés qu'en bas. Cette plaque tend à envahir la face antérieure de la jambe; pourtant on ne trouve sur celle-ci que des éléments foliacés, aplatis, polygonaux, beaucoup plus larges que ceux qui ont été décrits plus haut.

Des deux côtés, les régions rotuliennes sont dépourvues d'éléments saillants, mais la peau y est rugueuse, fortement striée.

Inférieurement, à droite, les éléments s'arrêtent à l'articulation tibio-tarsienne ; à gauche, ils descendent sur la face dorsale du pied sous forme d'une bande qui s'étend de la malléole externe jusqu'au sillon intermédiaire aux quatrième et cinquième orteils.

Lorsque l'on découvre ce malade, il semble qu'il porte, dans sa peau, une paire de jarretières blanches, tranchant par leur couleur normale et leur défaut de saillie sur les épaisses concrétions d'icthyose cornée qu'elles limitent : il y a un contraste frappant entre cet aspect et celui qui est figuré dans notre musée, d'après un malade de notre service, d'un psoriasis limité aux bandes de pression des bretelles chez un porteur aux halles : la même compression prolongée a donné lieu, chez ce dernier, à la production de la dermatose, chez l'autre à son effacement.

Pour mieux établir cette influence de la compression, nous avons appliqué sur les parties ichtyosiques du membre supérieur gauche une bande roulée par-dessus une couche d'ouate et nous avons constaté au bout de peu de jours que les concrétions avaient disparu.

Il résulte de ces faits qu'une pression très modérée, mais persistante, peut suffire à faire disparaître, aussi longtemps qu'elle est continuée, une ichtyose cornée des plus intenses; on peut en conclure que les altérations nutritives auxquelles répondent ces productions cornées si volumineuses sont en réalité beaucoup moins profondes qu'on ne pourrait le penser au premier abord et que le processus de rénovation de l'épiderme n'y est que légèrement modifié. Nous ajouterons qu'il y a là l'indication d'un nouveau traitement de l'ichtyose.

M. Barthélemy. — Les effets de la compression sont manifestes aussi dans le vitiligo. J'en ai réuni un certain nombre de photographies fort significatives à ce sujet.

D'autre part, on se rappelle l'influence de certains vêtements sur certaines dermatoses : le regretté Lailler ne décrivait-il pas l'eczéma séborrhéique sous le nom d'eczéma du gilet de flanelle ? L'acné est souvent entretenue au front par la coiffure, et l'acné chéloïdienne de la nuque n'est peut-être pas indifférente, pour sa morphologie du moins, aux plis causés et entretenus par les cols d'habits.

Si l'on tient compte des kératoses produites par les chaussures, on voit qu'à propos des dermatoses, on pourrait passer en revue presque toute une garde-robe.

Je n'insiste pas sur ces diverses considérations et je reviens au cas présenté par M. Hallopeau.

Ces ichtyoses cornées ne sont, en somme, que des malformations congénitales de la peau qui se rapprochent, par conséquent, beaucoup des nævi. Car on sait maintenant que les nævi n'ont pas une existence fixe; ils ont, au contraire, presque tous une évolution. Après être restés plus ou moins longtemps stationnaires ou latents, ils entrent en activité et se développent; ils semblent ensuite rester de nouveau fixes, puis ils diminuent, s'atténuent ; il en est, rares il est vrai, qui peuvent s'effacer complètement. Certains nævi bien limités, papuliformes ou simulant une parcelle de cartilage incrusté dans ou sous la peau, peuvent même disparaître ou diminuer considérablement par l'application de teinture d'iode ou par l'application permanente d'emplâtres d'acide salicylique et de résorcine ou même par des injections interstitielles d'huile biiodurée, par exemple.

Sur un cas probable de syphilis ulcéreuse héréditaire compliquée d'une infection purulente tégumentaire à marche progressive.

Par M. Hallopeau.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société me paraît d'un diagnostic des plus difficiles et je serais très désireux d'avoir à son sujet l'opinion de mes collègues.

Il m'a été adressé de province où il a reçu depuis le début de sa maladie, c'est-à-dire depuis quinze mois, les soins de confrères de l'armée: les médications locales et générales les plus diverses ont été mises en œuvre sans qu'aucune d'elles ait pu enrayer les progrès des altérations.

Son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Georges G..., âgé de 16 ans, garçon boucher, entre salle Hardy (71), le 19 juin 1901.

Jusqu'à l'âge de dix ans, il a eu mal aux yeux et aux oreilles. Actuellement, il a la vision diminuée à droite ; on y remarque des lésions de blépharite. L'éruption pour laquelle il entre à Saint-Louis, a débuté il y a quinze mois à la jambe droite, par des petits boutons croûteux qui ont progressé malgré les traitements variés.

Quatre à cinq mois après cette première éruption, il en est survenu une autre semblable au bras droit; enfin, il y a deux ou trois mois, on en a vu apparaître une troisième au bras gauche.

Son père, d'après les renseignements qui nous ont été fournis, a eu la syphilis à l'âge de 23 ans; il en avait 28 lorsque l'enfant a été conçu. Celui-ci porte comme stigmates les atrophies cuspidiennes des incisives et des canines ainsi que les altérations des prémolaires que nous tendons de plus en plus, d'après nos recherches avec M. E. Fournier, à considérer comme des plus fréquentes dans la syphilis héréditaire.

Lors de l'entrée du malade, le 19 juin, le membre supérieur droit, dans une région étendue de la moitié inférieure du bras à la moitié supérieure de l'avant-bras, le membre supérieur gauche dans la région antéro-externe de l'avant-bras ainsi que dans son tiers supérieur et la jambe droite, sont couverts de croûtes jaunâtres mélicériques. *Dans les points où les croûtes sont tombées, on constate que la surface sous-jacente du derme est infiltrée de traînées purulentes qui tranchent sur sa coloration d'un rouge vif.*

Le 20 juin, sous l'influence de compresses boriquées, boratées, salicylées, les croûtes sont tombées. Les parties malades présentent les caractères suivants :

La peau est rouge, sillonnée d'un réseau veineux brunâtre. Cette surface est recouverte d'un épiderme brillant et mince. Par places, l'épiderme excorié présente des exulcérations punctiformes.

On voit au centre, vers la partie supérieure de la plaque de la jambe, au-devant de l'extrémité supérieure du péroné, quatre ulcérations disposées en demi-cercle, dont la concavité est occupée par des cicatrices. Deux de ces ulcérations ont la grandeur d'une pièce de 20 centimes. Elles sont déprimées, à fond rosé. Non loin de là, à la partie interne du tibia, on voit des altérations semblables, également disposées en un demi-cercle irrégulier. Plus bas, existent encore plusieurs ulcérations identiques.

Les contours de la dermatite sont assez nettement dessinés, recouverts de croûtelles; leur forme est polycyclique. On voit en dehors quelques pustulettes isolées.

A l'avant-bras droit, on trouve des altérations identiques, mais pas d'ulcérations.

Il résulte de ces faits que ce malade présente simultanément, et englobées les unes dans les autres, deux ordres d'altérations de nature différente : ce sont, d'une part, ces ulcérations disposées en demi-cercle, à fond déprimé, qui tranchent, dans la plaque crurale, sur les lésions inflammatoires qui les entourent; d'autre part, des éruptions qui rappellent l'aspect de l'impétigo.

Pour ce qui est des premières, étant donnés les antécédents spécifiques héréditaires du jeune homme, le diagnostic de syphilis ulcéreuse me paraît le plus vraisemblable: les ulcérations n'ont pas, en effet, les caractères qu'elles présentent dans la tuberculose; leurs bords ne sont pas décollés, il n'y a pas trace de nodules tuberculeux à leur pourtour.

La nature de la grande plaque inflammatoire dans laquelle ces ulcérations se trouvent incluses et celle des placards semblables, qui se sont développés sur les membres supérieurs, sont également d'une interprétation embarrassante : au premier abord, on pourrait penser à un eczéma impétigineux, mais cette dermatose ne dure pas ainsi 15 mois sans se modifier, surtout lorsqu'elle a été traitée à outrance comme l'a été celle de ce jeune homme.

D'autre part, nous avons vu nettement, le jour où les crêtes méli-cériques qui recouvraient le derme excorié sont tombées, des traînées d'infiltration purulente que nous considérons comme caractéristiques de la maladie qui est généralement décrite sous le nom d'impétigo herpétiforme, et à laquelle nous avons donné celui d'*infection purulente tégumentaire.*

La présence, à diverses reprises, de petites pustules sur le pourtour et dans l'aire des plaques éruptives, ainsi que la résistance opiniâtre de ces altérations à tous les traitements, plaident également en faveur de cette manière de voir.

Il faut attendre, pour se prononcer, d'une part, les résultats du traitement spécifique, d'autre part, les enseignements que pourra fournir l'évolution ultérieure de la maladie.

Sur les différences cliniques qui séparent le pityriasis rubra pilaire de la forme acuminée du lichen de Wilson.

Par M. H. Hallopeau.

Dans la dernière séance, nous nous sommes efforcé d'établir que ces deux affections, malgré des ressemblances incontestables dans leurs caractères cliniques, appartiennent à des types cliniques nettement différenciés ; nous avons invoqué surtout les données de l'histologie qui y dénote l'existence de lésions très distinctes.

Nous proposons aujourd'hui d'établir que les deux types diffèrent également par leurs caractères cliniques : que mes collègues veuillent bien examiner comparativement les deux malades que j'ai l'honneur de leur présenter, il leur sera facile de constater l'exactitude de cette assertion.

Ces deux histoires morbides peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

Obs. I. — Mme P..., récemment entrée au no 2 de la salle Lugol, est atteinte d'une poussée aiguë de lichen de Wilson en voie de régression ; presque partout, les éléments, précédemment caractérisés, ne sont plus représentés que par des macules pigmentées, à surface légèrement gaufrée, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, disposées sous la forme de plaques, soit arrondies, soit allongées, irrégulières. On voit semées, au milieu de ces altérations, des petites papules acuminées avec

grain central. Il en est ainsi à la partie postérieure des deux cuisses.

A la région dorso-lombaire, on voit les mêmes macules avec saillies acuminées, du volume d'un gros grain de millet, présentant un orifice central dilaté qu'occupe une concrétion ; leur coloration, d'un rouge pâle, ne disparaît pas sous la pression du doigt ; elles sont résistantes au toucher. Beaucoup de ces saillies n'ont que le volume d'une tête d'épingle, elles sont donc de dimensions très inégales. Elles sont irrégulièrement distribuées ; par places, elles sont disposées en cercle ; au niveau de l'avant-bras droit (face dorsale), elles sont agglomérées. Comme toutes les autres, les papules intra-mammaires ont rétrocédé, mais une partie d'entre elles se sont enflammées et présentent à leur sommet une gouttelette de pus au lieu d'une saillie squameuse. L'éruption est abondante à l'abdomen. Au niveau des jambes, on note des éléments pigmentés surélevés semblables à ceux des cuisses. A droite, des lésions buccales caractéristiques ont persisté.

Obs. II. — Charles-Auguste D..., 10 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

L'éruption est survenue il y a deux mois et s'est, d'emblée, étendue à toute la surface du corps. Elle est caractérisée par des élevures du volume d'une tête d'épingle, avec une squame blanche à leur partie médiane ; chacune de ces élevures correspond à un orifice pilaire.

Ces squames forment par places une saillie coniforme qui atteint jusqu'à 2 millimètres de hauteur. Toutes ces élevures sont approximativement de mêmes dimensions ; leur coloration est légèrement rosée ; elles sont distribuées avec une remarquable régularité ; par places, elles forment des séries linéaires correspondant à celles des orifices pilo-sébacés ; aux bras, particulièrement, elles sont distribuées en lignes transversales, légèrement sinueuses et parallèles. On retrouve également au pourtour des aisselles cette même disposition.

Toute la surface du tronc est intéressée ; l'éruption est cependant beaucoup moins abondante sous les clavicules, ainsi que dans les régions inguinales, les plis du coude, les paumes des mains, la plante des pieds.

Au dos des mains, on voit les élevures classiques sur le dos de la première phalange de tous les doigts et sur les 2es phalanges des 2e et 5e ; à droite, même altération, moins prononcée.

Sur le dos des pieds se trouvent des élevures, au niveau du carpe, et des groupes très nets sur le dos de la première phalange des orteils.

Les élevures sont très abondantes au niveau du pubis ; les poils follets y sont d'ailleurs plus prononcés.

Tout le dos est envahi avec une régularité parfaite. Les boutons ne sont confluents qu'en un groupe peu étendu, et, à ce niveau, les élevures, plus volumineuses, atteignent le volume de gros grains de millet.

Au niveau du visage, on note les mêmes saillies dans les sillons naso-jugaux ; au-dessous de la mâchoire, on remarque l'exiguïté des saillies coniques ; elles sont filiformes.

Les boutons sont abondants au niveau des oreilles.

Dans les sourcils, l'éruption est confluente, plus saillante et d'aspect presque croûteux.

Sur les paupières, on remarque un semis de grains et chacun des cils présente une élevure squameuse.

Tout le cuir chevelu est intéressé : on y voit des squames avec des élevures à la base de chacun des cheveux. Les cheveux ne sont pas tombés. Les squames, ici beaucoup plus volumineuses, engainent la base des cheveux ; l'éruption simule la séborrhée (surtout dans les sillons rétro-auriculaires).

Au cou, même éruption granulée.

On note l'absence d'adénopathies, de dystrophies dentaires et de lésions buccales.

Si l'on compare ces deux éruptions, on constate qu'elles sont l'une et l'autre constituées par des élevures agglomérées avec cônes squameux péripilaires ; nous avons montré récemment, avec M. Fouquet, que dans le lichen acuminé, les altérations peuvent occuper le dos des phalanges ; les analogies sont donc incontestables, mais les différences ne le sont pas moins.

Si l'on considère les lésions élémentaires, on est frappé, dans la maladie de Devergie-Richaud-Besnier, par l'uniformité frappante des petites élevures, l'éclat nacré de leurs squames, la finesse extrême de leur saillie blanche coniforme, l'absence de papule vraie à la périphérie ; les éléments du lichen acuminé sont au contraire de dimensions très inégales et généralement supérieures à celles de l'autre affection ; la saillie coniforme y est moins fine.

La distribution des lésions est très différénte dans les deux cas : dans le pityriasis rubra pilaire, presque toute la surface tégumentaire est souvent envahie ; les lésions y sont disposées avec une parfaite régularité ; tous les follicules pilo-sébacés sont intéressés simultanément dans leur ensemble ; au contraire, dans le lichen acuminé les boutons sont loin d'être distribués avec cette symétrie ; ils sont d'ordinaire circonscrits à des régions plus ou moins étendues ; le visage et le cuir chevelu y sont généralement épargnés.

On voit donc que la clinique est d'accord avec l'histologie pour établir qu'il s'agit là d'espèces morbides qui n'ont de commun que des ressemblances objectives, et diffèrent essentiellement par l'ensemble de leurs caractères.

Séro-réaction d'agglutination microbienne dans les dermatoses et la syphilis.

Par MM. Gastou et Vieira.

La note que nous présentons à la Société est une introduction à l'étude de la séro-réaction d'agglutination dans les dermatoses et la syphilis.

Cette étude est basée indirectement sur le principe du séro-diagnostic de Widal, c'est-à-dire sur l'agglutination d'une culture microbienne par le sérum d'un malade infecté actuellement ou antérieurement par cet agent microbien.

La méthode que nous avons employée est en quelque sorte le contraire de l'agglutination spécifique. Étant donné que jusqu'à ce jour la plupart des dermatoses n'ont pas d'agent pathogène nettement caractérisé, il nous a paru intéressant de rechercher comment réagissaient les cultures microbiennes quelconques d'agents pathogènes, spécifiques ou saprophytes, vis-à-vis du sérum de malades atteints de dermatoses localisées ou généralisées, de tuberculoses cutanées ou de syphilis.

En faisant agir ainsi successivement sur chaque culture, suivant la technique de Widal, le sérum des malades, nous obtenons ou non la séro-réaction d'agglutination. Si elle est positive, elle constitue une véritable réaction d'immunité vis-à-vis de l'espèce microbienne examinée et indique, d'après la théorie de l'agglutination, que le malade est actuellement ou a été antérieurement sous le coup de l'infection microbienne qui produit la séro-réaction positive.

Lorsque la réaction est négative, la conclusion est, d'après la théorie de l'agglutination, inverse et tend à prouver l'absence actuelle ou antérieure de l'infection microbienne.

En procédant ainsi, il nous a semblé que l'on pouvait arriver par exclusion à éliminer une série d'infections antérieures, élimination qui permettrait de chercher la cause de la maladie dans tel ou tel groupe microbien ou bacillaire ne donnant pas l'agglutination.

La technique que nous avons employée est celle indiquée par M. Widal dans le séro-diagnostic. Nous n'avons fait porter nos recherches jusqu'à présent que sur l'agglutination du sérum en dehors des cultures.

Les résultats auxquels nous sommes arrivés n'ont encore rien de définitif; ils nous ont cependant paru assez curieux pour en donner l'indication.

Nos recherches ont porté sur le sérum de malades atteints de syphilis, de tuberculoses et de dermatoses variées, dont nous avons cherché la réaction vis-à-vis de cultures jeunes de bacille typhique et de bacterium coli.

Dès le début de ces recherches, il nous est arrivé de voir l'agglutination du bacille typhique se produire spontanément, mais ce phénomène survenait avec des cultures de vingt-quatre heures. Il est donc nécessaire d'avoir des cultures à peine âgées de douze à vingt heures.

L'agglutination de la culture typhique s'est produite dans presque tous les cas avec le sérum du sang des syphilitiques, alors qu'elle a été nulle avec les cultures de coli.

Pour les tuberculoses locales, la réaction d'agglutination ne s'est produite ni avec le bacille typhique, ni avec le coli.

Nous ne mentionnons pour l'instant que ces quelques faits, dont l'étude nous a paru curieuse et en tout cas utile dans la recherche de la réaction sanguine des malades atteints de dermatose et de syphilis vis-à-vis des infections polymicrobiennes.

Les tatouages dans les pays chauds. Leur thérapeutique.

Par M. J. Brault.

La pratique du tatouage est l'apanage des races et des individus inférieurs; il est donc naturel de retrouver communément cette coutume chez les peuples primitifs qui habitent les contrées chaudes (1).

Les tatouages au point de vue du mobile peuvent être rangés sous cinq chefs différents :

1° *Tatouage religieux :* prêtres polynésiens, prêtresses du serpent (Nouvelle-Guinée), etc...

2° *Tatouage ornemental :* Algérie, Tunisie, Océanie (Java, les Marquises, Tahiti), Hainan, Japon, etc...

3° *Tatouage thérapeutique :* Algérie, Tunisie (matrones et « tebiles », arabes), Égypte (tribu des Ghaza), Congo, Cachemir, Laos, etc.

4° *Tatouage distinctif :* Arabes, Kabyles, nègres de l'Afrique (Makokos, Schaké, Bafourous). Cette sorte de tatouage n'est pas seulement appliquée à la distinction des tribus : certaines associations occultes, certaines professions, etc... ont leur marque distinctive (2).

5° *Tatouage obscène :* ce dernier se voit rarement chez les sauvages quand il semble appartenir à cette catégorie ; chez eux, il faut presque toujours remonter à un autre mobile (ornementation, religion). Par contre, il est monnaie courante dans les bagnes, les pénitenciers, les camps de condamnés ; il se rencontre également, toutefois avec une fréquence moindre, chez les marins.

Les procédés de tatouage sont fort nombreux (piqûres, incisions, brûlures) (3) ; il m'est impossible d'entrer dans tous les détails de l'instrumentation (jeux d'aiguilles, écailles, pierres aiguisées, couteaux, roseaux, épines, etc...). Les substances les plus employées sont : le bleu de Prusse, le charbon pilé, le noir de fumée, l'encre de Chine, etc...

(1) Aux îles Samoa, il est infiniment rare de rencontrer un aborigène qui ne soit pas tatoué. Les Aïnos se tatouent dès l'âge de 10 ans. Chez beaucoup de peuplades, la pratique du tatouage se fait en grande pompe.

(2) Aux îles Marquises, les veuves ont un tatouage particulier.

(3) Ici les filles publiques et certains prisonniers mâles se tatouent les avant-bras à l'aide de brûlures de cigarette. A la Nouvelle-Guinée, en Tasmanie, à la Nouvelle-Calédonie, on se tatoue à l'aide d'un morceau de bambou enflammé.

La pratique du tatouage peut ouvrir la porte à plusieurs maladies infectieuses, chancrelle, syphilis, pyohémie, etc... D'autre part, dans les pays chauds certaines complications sont plus à craindre qu'ailleurs : lymphangite, érysipèle, tétanos, phagédénisme, fausse chéloïde. Cette dernière complication, fréquente dans les races colorées, est même mise de parti pris à contribution pour produire ce que l'on est convenu d'appeler le « tatouage cicatriciel » : cette sorte de tatouage se rencontre en divers points d'Afrique, d'Amérique et d'Océanie ; il est très en honneur chez certaines peuplades de l'Ouest africain, en particulier dans le Soudan français. Tantôt l'hypertrophie chéloïdique s'épanouit à l'extérieur, tantôt elle est comme « rentrée » et se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané, donnant lieu à des masses fibromateuses. Dans cette catégorie de tatouages, on procède simplement à l'aide d'incisions symétriques qui trancheront plus tard par leur élévation et leur coloration (1).

Rarement les indigènes cherchent à se défaire de leurs tatouages ; j'ai cependant détatoué dernièrement une femme arabe (province d'Oran) ; il est juste d'ajouter, qu'habillée à la française, elle avait été depuis longtemps recueillie par des Français. Contrairement aux aborigènes, au bout d'un certain temps les gens civilisés sont désireux de se défaire de ces marques peu recommandables ; j'ai eu l'occasion d'enlever de nombreux tatouages chez des légionnaires et des condamnés militaires (2).

Bien entendu, pour les tatouages dus à des brûlures ou à des fausses chéloïdes, l'ablation chirurgicale est seule de mise. Pour les autres tatouages par piqûre (encre de Chine, vermillon, charbon, brique pilée), je me sers d'un procédé que j'ai expérimenté depuis 1893 et que j'ai exposé à la Société en janvier 1895 (3).

Je tiens à revenir en quelques mots sur la technique qui était peut-être sommairement exposée, et qui n'a peut-être pas toujours été bien comprise.

Ma méthode consiste à refaire à l'aide du jeu d'aiguilles classique un véritable tatouage au chlorure de zinc (solution de 30 grammes de chlorure pour 40 grammes d'eau). On trempe le jeu d'aiguilles dans la solution, *il faut en outre en imbiber du coton hydrophile et passer à diverses reprises sur le dessin, pendant le détatouage* qui ne doit pas, bien entendu, s'astreindre à suivre servilement les linéaments de la figure primitive. A moins d'une grande patience,

(1) Souvent les marques d'achat qui zèbrent encore la figure des nègres d'Afrique sont le siège d'hypertrophie chéloïdique.

(2) Je me souviens d'un de mes patients, un légionnaire qui portait sur le front le mot « vengeance » ; cet homme n'eut de cesse que lorsque je lui eus enlevé son tatouage.

(3) J. Brault. *Société de dermatol. et de syphil.*, janvier 1895.

quelques retouches sont le plus souvent nécessaires. Ce procédé, sur lequel je ne veux pas insister outre mesure, m'a donné des cicatrices très souples et à peine perceptibles au bout d'un certain temps (1). La méthode a d'ailleurs été contrôlée par Hansen (2), elle lui a donné de très bons résultats. Contrairement à ce que semble dire M. Brunet (3), qui voudrait réserver le procédé pour les dessins peu profonds situés sur les organes génitaux, j'ai toujours mieux réussi dans les régions où j'avais un plan résistant, au front notamment.

Paraphimosis et circoncision ; stérilisation des chancrelles par le chlorure de zinc.

Par M. J. Brault.

Depuis une dizaine d'années environ, je traite, de parti pris, le paraphimosis ordinaire ou vénérien par la circoncision, c'est la méthode de Rollet un peu modifiée, j'enlève l'ulcération en même temps que le bourrelet.

Je viens de parler tout à l'heure du chlorure de zinc pour le détatouage, c'est encore à ce précieux médicament que j'ai recours en pareil cas pour stériliser préalablement les chancrelles.

J'ai exposé assez longuement ma méthode dans le *Bulletin médical de l'Algérie* et aussi dans les *Archives provinciales de chirurgie* (4). Malgré cela, je n'ai pas été compris et j'ai lu dernièrement dans une thèse que l'on me prêtait l'intention de stériliser les chancres mous avec une solution de chlorure de zinc au dixième (5).

Or il ne s'agit pas du tout de cela, on pourra s'en convaincre, si l'on veut se reporter aux articles ci-dessus désignés. On verra que pour stériliser les chancrelles, je me suis toujours adressé à une solution beaucoup plus forte, je me sers d'une solution *de cinquante grammes de chlorure de zinc* pour *quarante grammes* d'eau et je la laisse en contact cinq minutes avec les ulcérations (6). J'ai par devers moi plusieurs observations qu'il serait trop long de rapporter ici (7).

(1) Depuis ma première communication, j'ai pu recueillir encore plusieurs observations ; elles seront consignées dans la thèse de mon préparateur, M. Sergent.

(2) C. T. Hansen. *Hosp. Tid.* 4 R. V. 46, p. 1061-1072.

(3) Brunet. *Archives de médecine navale*, 1898.

(4) J. Brault. *Bulletin médical de l'Algérie*, 10 octobre et 10 novembre 1897. *Archives prov. de chir.*, mai-juin 1899.

(5) Peltre. *Thèse de Paris*, 1899, p. 57.

(6) Je me sers du même procédé pour les chancres sous-phimosis, quand je fais également la circoncision.

(7) Voir statistique J. Brault. *Arch. prov. de chirurgie*, mars 1898.

Étude statistique sur les nævi chez l'adulte.

Par MM. Barthélemy et Lévy.

Nous avons recherché la fréquence des nævi soit pigmentaires, soit vasculaires, chez l'adulte, et pour ce faire nous avons examiné systématiquement une série de 200 femmes, prises absolument au hasard dans les services de Saint-Lazare. Nous avons naturellement différencié des nævi pigmentaires les taches de lentigo, dites vulgairement taches de rousseur.

Les nævi sont, en effet, des plus fréquents, mais, suivant les auteurs, leur fréquence est très variable. M. Hallopeau dit en avoir constaté chez plus de la moitié de ses malades. Or, en examinant avec soin ces 200 femmes, nous sommes arrivés à ce résultat que toutes présentaient des nævi parfaitement caractérisés, à l'exception d'une seule qui quitta le service après un premier examen très rapide et ne put être revue.

Les nævi observés ont été très variables comme forme et comme dimensions : les plus petits atteignaient la grosseur d'une tête d'épingle, le plus volumineux mesurait 18 centimètres de long sur 10 de large.

La couleur varie du café au lait très clair au brun noir pour les nævi pigmentaires ; la teinte des nævi vasculaires est d'un rose léger, ou bien rouge-violet, presque bleuâtre.

Leur nombre, comme leurs dimensions, est extrêmement variable : on en trouve jusqu'à 10, 15 ou 20 chez le même individu.

Le nævus solitaire est l'exception, et dans ce cas, il est généralement assez développé.

On trouve quelquefois associés les nævi pigmentaires et les nævi vasculaires, et chez le même individu les nævi pigmentaires lisses, papillomateux et pilaires sont le plus souvent combinés.

Toutes les malades que nous avons examinées sont des adultes de 18 à 40 ans ; interrogées avec soin sur l'époque d'apparition de leurs nævi, elles nous ont toutes répondu ou qu'elles ne s'en étaient jamais préoocupées ou bien qu'elles les avaient toujours remarqués. Toutefois un nombre considérable n'apparaissent que plus ou moins tardivement après la naissance, et une statistique de Guéniot montre qu'on les observe beaucoup moins fréquemment chez les nouveau-nés que chez les enfants plus âgés et les adultes. D'autres se développent ou prennent de l'exteusion tardivement.

D'ordinaire indélébiles, ils peuvent subir une évolution rétrograde ; dans tous nos cas, nous n'avons pas vu de nævus s'effacer et disparaître.

Nous avons divisé les nævi observés en nævi pigmentaires et en nævi vasculaires.

Les nævi pigmentaires sont de beaucoup les plus fréquents, car sur 593 nævi observés, ils entrent pour le chiffre de 570, et se décomposent comme suit : 453 nævi pigmentaires lisses ; 76 nævi pigmentaires papillomateux et 39 nævi pilaires.

Les nævi vasculaires observés sont au nombre de 25, dont 24 nævi vasculaires lisses et un seul nævus vasculaire angiomateux.

Il n'y a pas de lieu d'élection ; toutes les parties du corps peuvent être également le siège de nævi et il n'y en a pas une où nous n'en ayons trouvé. En effet, si nous détaillons nos chiffres, nous trouvons que :

143 nævi occupent la tête ; 207, le tronc ; 116, les membres supérieurs ; 117, les membres inférieurs.

On a prétendu que certains nævi et particulièrement les pigmentaires et les adénomateux peuvent dégénérer en tumeurs malignes : nous n'en avons pas vu d'exemple.

On a prétendu également que les individus atteints de nævi multiples sont des dégénérés héréditaires. Or, nous n'avons rencontré dans tous nos cas ni épileptiques, ni idiots, ni minus habentes.

On a de même cherché à établir une relation entre l'hérédo-syphilis et la production de certains nævi ; nous n'avons trouvé parmi nos malades que deux ou trois hérédo-syphilitiques certaines, qui ne présentaient que de petits et peu nombreux nævi.

Les dix malades qui portaient les plus gros nævi étaient atteintes d'accidents syphilitiques secondaires et n'avaient aucune tare héréditaire.

Nous croyons donc pouvoir adopter les conclusions suivantes :

1° Le nævus est une tumeur bénigne, constante, variable comme forme, comme nombre et comme couleur, et que l'on peut retrouver facilement, avec un peu d'attention, chez tous les individus ;

2° Les gros nævi qui forcent l'attention ne sont que l'exagération d'un état constant et presque universel ;

3° Un certain nombre se sont transmis héréditairement, du père à l'enfant, avec la même localisation, la même forme et la même coloration.

Quoi qu'il en soit, le nævus subit souvent une certaine évolution, il n'est pas toujours immuable comme on le croyait jadis.

— —

Trichophagie.

Par MM. W. Dubreuilh et Maillard.

Marcelle L..., âgée de 3 ans et demi, nous est amenée par sa mère à cause d'une plaque alopécique du côté gauche de la tête, causée par la manie qu'elle a de s'arracher avec les doigts les cheveux du côté gauche

de la tête pour les porter à la bouche et les manger. Nous constatons, en effet, que sur la région pariétale gauche, les cheveux sont manifestement plus clairs et plus ras que sur le reste de la tête. Sur cette plaque claire, d'une surface d'environ 10 centimètres carrés, les cheveux sont rares et inégaux de longueur; la plupart sont cassés au ras de la peau et l'orifice folliculaire est marqué par un point noir correspondant à un cheveu cassé ou arraché, quelques-uns disséminés ont leur longueur normale et, entre ces extrêmes, on en trouve de toutes les longueurs, généralement tronqués et cassés au bout, rarement coniques comme des cheveux de repousse. D'autres sont disposés en massue. Il n'y a aucune altération de la peau et du cuir chevelu.

C'est vers l'âge d'un an, alors qu'elle était convalescente d'une bronchite, que la petite Marcelle prit l'habitude d'arracher et de porter à sa bouche pour les mâchonner, les brins de fil ou de laine de ses vêtements et de ceux des personnes qui s'approchaient d'elle ou la prenaient dans leurs bras. Quelques mois plus tard elle commença à s'arracher, avec le pouce et l'index de la main gauche, les cheveux de la région pariétale gauche et à les porter sous ses dents pour les couper et les mâcher un instant, après quoi en crachotant, elle en rejetait les petits morceaux. D'emblée elle se livra à ce jeu avec une véritable frénésie. Depuis, elle a toujours continué, mais peu à peu moins activement et, actuellement, lorsqu'elle est distraite ou qu'elle s'amuse, elle ne porte pas la main à sa tête. Lorsque sa mère la gronde à ce sujet elle pleure, se désole, promet de ne plus recommencer, cesse en effet pendant quelques jours de s'arracher les cheveux, mais recommence toujours fatalement. Ni l'aloès, ni le poivre, ni le piment qu'on a essayé de mettre sur ses doigts et sur ses cheveux n'ont pu arriver à la corriger de sa manie.

Actuellement depuis deux jours le tic a cessé, et M[me] L... nous dit que depuis trois mois cette habitude fâcheuse semble se perdre peu à peu. Cependant, il y a une quinzaine de jours, l'enfant a véritablement mangé une cravate, en en suçant avec acharnement les deux bouts et en les mordillant entre ses dents.

La petite Marcelle jouit d'une excellente santé. Elle a bon caractère, elle est obéissante, douce, elle va régulièrement à l'école où elle apprend très bien.

Cependant elle est sensible à l'excès, facilement impressionnable et émotive et la moindre observation la fait abondamment pleurer. Elle a, de temps à autre, quelques petites colères qui passent aussi vite qu'elles sont venues. La nuit, elle a toujours très bien dormi, son sommeil est calme, sans rêves, sans cauchemars ni soubresauts, elle n'a jamais uriné au lit et n'a jamais eu d'attaques de nerfs ni de convulsions. La sensibilité cutanée et les réflexes sont normaux.

Quant aux antécédents personnels de la petite Marcelle, M[me] L... nous raconte que sa fille est née à terme, normalement. Nourrie au sein par sa mère, elle s'est très bien portée jusqu'à l'âge de 8 mois. Elle a eu alors une longue bronchite qui a traîné neuf mois, mais depuis elle n'a jamais fait d'autre maladie grave.

Vers l'âge de 2 ou 3 mois, l'enfant s'est mise à sucer son pouce droit,

elle n'a jamais cessé depuis. Cette succion s'opère toujours pendant le jour, dès que l'enfant n'est plus distraite ou ne s'amuse plus.

Deux petites sœurs se portent bien, l'une est âgée de 5 ans, l'autre de 25 mois, et toutes deux comme leur sœur, sucent pendant le jour leur pouce droit, mais elles n'ont pas d'autres tics et ne paraissent pas autrement nerveuses.

La mère de notre malade s'est toujours bien portée et n'a jamais eu de maladie grave. Elle ne nous paraît pas particulièrement nerveuse, mais prétend être assez impressionnable et se mettre facilement en colère. L'examen de sa sensibilité cutanée est négatif, et seul son réflexe pharyngien est aboli.

Le père de Marcelle est mort à l'âge de 32 ans, d'un diabète sucré maigre. De tout temps il fut nerveux, emporté, violent et pendant sa maladie il devint encore plus nerveux et plus irascible.

Le grand-père paternel, mort à 84 ans, n'a jamais présenté de signes bien nets de nervosisme.

La grand'mère maternelle, femme très calme et très douce, s'est toujours bien portée; cependant depuis la ménopause, elle est migraineuse, elle a des vertiges, des nausées et des crises gastralgiques.

La grand'mère paternelle était très nerveuse, s'emportant très facilement et d'un caractère excessivement capricieux. Elle était d'une dévotion exagérée, d'un mysticisme fervent, fréquentant assidûment les églises où elle restait une partie de la matinée et la plus grande partie de l'après-midi à réciter des prières et à dire des chapelets. Elle est morte à 76 ans, hémiplégique.

Traitement de la trichophytie cutanée avec le monochlorophénol.

Par M. BARBE.

Depuis quelque temps j'emploie dans la trichophytie cutanée la solution de monochlorophénol que j'ai préconisée contre les tondantes. Je l'ai essayée plutôt pour bien m'assurer du pouvoir antiseptique de ce corps sur la spore trichophytique superficiellement placée dans l'herpès circiné que pour supplanter le traitement classique de cette dernière dermatose par la teinture d'iode.

La solution de monochlorophénol à 20 p. 100, appliquée une fois par jour pendant quelques jours, amène aussi la guérison de toute plaque trichophytique, mais sans aucune desquamation, sans cette coloration brune intense que produit la teinture d'iode, deux avantages qui ne sont pas à dédaigner pour une affection qui siège surtout sur les régions visibles du corps.

Tout au plus y a-t-il avec le chlorophénol un peu de rougeur et une légère cuisson au moment de l'application.

Le monochlorophénol agit donc en qualité de microbicide, et s'il ne donne pas de résultats aussi rapides dans les tondantes que dans

l'herpès circiné, c'est à cause de la difficulté que l'on éprouve à le faire pénétrer dans le follicule pileux.

Peut-être, avec les nouveaux appareils propulseurs d'antiseptiques *(ipsileurs)* pourra-t-on arriver à obtenir cette force de pénétration tant désirée.

Alopécie congénitale par aplasie moniliforme des cheveux.

Par M. Gustave Bureau.

Nous avons cru intéressant de communiquer à la Société le cas suivant d'alopécie congénitale par aplasie moniliforme des cheveux que nous venons d'observer.

Léonie M..., âgée de 3 ans, nous est amenée par ses parents, au mois de mai dernier, pour nous consulter au sujet d'une alopécie généralisée du cuir chevelu.

Disons de suite que le père, la mère et une sœur aînée, âgée de 5 ans, ne présentent aucune altération des cheveux ou du cuir chevelu; nous n'avons pas relevé également chez eux de kératose piliaire de la face ou des membres. Les parents, minutieusement interrogés, disent que dans leur famille, tant du côté paternel que du côté maternel, on n'a jamais rien observé de semblable.

La fillette est venue au monde avec des cheveux comme tout autre enfant et paraissant normaux ; ils étaïent même assez fournis. Vers l'âge de six semaines à deux mois, ils se sont mis à tomber en abondance, et en l'espace d'un à deux mois, le cuir chevelu est devenu dans l'état où il se trouve encore actuellement. Plusieurs fois cependant, les cheveux ont semblé vouloir un peu repousser, mais ils retombaient bientôt, et en somme, depuis le début de cette alopécie, jamais la tête n'a été plus fournie de cheveux qu'aujourd'hui.

Cette petite fille est d'apparence assez robuste; elle a eu ses premières dents vers 5 mois ; au début de l'alopécie seraient survenues quelques croûtes sur la tête (probablement de l'impétigo); elle a eu en outre une coqueluche très violente et des convulsions à 10 mois.

Actuellement, le cuir chevelu de cet enfant est entièrement dépourvu de véritables cheveux normaux, sauf tout à fait sur la bordure, et surtout au niveau des régions temporales où se voient encore quelques cheveux paraissant sains ; mais en somme l'alopécie est diffuse, généralisée. Il n'existe sur la tête que des poils cassés et des follets. Le plus grand nombre des cheveux sont brisés à quelques millimètres de leur point d'émergence ; certains cependant se montrent un peu plus longs et peuvent atteindre 10 à 15 millimètres : au milieu de ces cheveux malades s'aperçoivent par places quelques follets. De plus, la peau du cuir chevelu présente un aspect granité et rougeâtre ; chaque poil est situé au sommet d'une petite saillie acuminée, rougeâtre, de un millimètre de haut environ, ressemblant à la petite papule de la kératose pilaire et donnant à l'ensemble de la surface du cuir chevelu un peu l'aspect de la peau ansérine.

A un examen plus approfondi, on voit, entre les petites éminences d'où sortent les cheveux brisés, de petits espaces où le cuir chevelu est au contraire déprimé, lisse, blanc mat, comme cicatriciel, et au niveau desquels n'existe aucun cheveu. Ces petits espaces cicatriciels forment soit de petites traînées linéaires de 1/2 millimètre de large, soit de petites surfaces arrondies de la dimension d'une tête d'épingle.

A l'œil nu ou mieux à la loupe, on voit que les rudiments de cheveux qui se trouvent sur la tête de cet enfant, présentent la série de renflements et de rétrécissements caractéristiques de l'aplasie moniliforme. L'examen microscopique ne fait que confirmer le diagnostic montrant les renflements plus colorés, les rétrécissements plus clairs, disposés absolument régulièrement. Quelques cheveux sont, en outre, disposés en pinceau à leur extrémité brisée.

Les sourcils sont un peu éclaircis à leur partie externe, mais les poils y sont normaux.

Rien du côté des cils.

Pas de kératose pilaire de la face ou des membres.

Aucune altération des ongles ou des dents.

En somme, on trouve chez cette petite fille un type de l'affection décrite sous le nom d'aplasie moniliforme des cheveux; aussi nous sommes-nous peu étendu sur la description bien connue des altérations des cheveux. Comme dans la plupart des observations, l'affection est ici congénitale, ou du moins s'est développée peu de temps après la naissance, comme c'est généralement la règle. Mais ce cas est remarquable en ce que, tandis que de l'avis de tous, cette affection est essentiellement héréditaire, ici, au contraire, le cas semble isolé, car aucun autre membre de la famille ne présente d'altération semblable du cheveu. En outre, cette observation semble plaider en faveur de l'opinion émise par MM. Besnier, Hallopeau et Brocq sur les rapports étroits de la kératose pilaire et du monilethrix; car si chez notre fillette nous n'avons pas trouvé de véritable kératose pilaire, ce qui tient peut-être à son jeune âge, par contre, les petites papules d'où émergent les cheveux malades sont très analogues à celles de cette affection, et les petits points cicatriciels que nous avons signalés sur le cuir chevelu sont à rapprocher des petites cicatricules blanches punctiformes décrites par M. Brocq dans la kératose pilaire et semblent bien être ici le mode de terminaison par cicatrice de la maladie.

Au cours de la séance, ont été nommés :

Membre titulaire : M. Carle (de Lyon).
Membre correspondant : M. Lebel (de Québec).

Le Secrétaire,
Gastou.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Angionévroses cutanées.

Nature des angionévroses de la peau, en particulier étude des altérations anatomo-pathologiques de l'urticaire, de l'érythème multiforme et de l'érythème noueux. (Ueber das Wesen der sogenannten Angioneurosen der Haut, insbesondere ueber das Wesen der pathologish anatomischen Veränderungen der Urticaria, des Erythema multiforme und des Erythema nodosum), par L. Török. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, LIII, p. 242.

T. expose l'origine et le développement de la doctrine des angionévroses et, après avoir soumis à une étude critique approfondie les théories bien connues d'Auspitz et d'Unna, arrive aux conclusions suivantes :

Les criteriums proposés par ces deux auteurs ne démontrent nullement l'origine angionerveuse de certaines lésions de la peau et ne sauraient les différencier des hyperhémies simples et inflammatoires de la peau.

Mais, comme d'autres auteurs (par exemple Kaposi, Besnier) se contentent d'émettre l'hypothèse de l'origine angionerveuse de certaines altérations de la peau sans donner de preuves de ce mode d'origine, ni indiquer pour les modifications locales de la peau des caractères déterminés quelconques qui permettraient de les regarder comme des angionévroses, on pourrait soutenir que la doctrine des angionévroses de la peau n'a pour ainsi dire rien de positif, ni de démontré et que particulièrement on a complètement échoué dans les tentatives pour caractériser les processus des angionévroses en cherchant à s'appuyer sur les lésions de la peau, sur leur mode de développement et leur évolution.

Dans leur ouvrage sur le diagnostic général des maladies de la peau fondé sur l'anatomie pathologique publié en 1896, Philippson et Török disaient que : la forme pure des réactions inflammatoires se traduit sur la peau précisément sous l'aspect de lésions angionerveuses, telles que plaques érythémateuses, papules, pomphi, certaines variétés de bulles (sans dégénérescence des épitheliums). Toutes ces altérations se distinguent par la rapidité de leur apparition, de leur expansion, leur courte durée et l'absence d'altérations graves des tissus, ce qui les range dans les troubles fonctionnels de l'appareil vasculaire. En somme, ce sont les mêmes symptômes qui accompagnent toujours l'inflammation.

Il en résulte donc que, au point de vue anatomo-pathologique, il n'existe pas de différence entre les processus locaux inflammatoires ou plus exactement entre le processus de la réaction inflammatoire et celui de l'angionévrose.

Les expériences faites jusqu'à présent ont encore confirmé les vues de Philippson et Török relativement aux angionévroses, et ces auteurs

ont ainsi abandonné la doctrine de l'angionévrose pour expliquer le développement de ces altérations de la peau.

Les recherches et les expériences de Philippson ont déterminé cet auteur à considérer les lésions angionerveuses de la peau comme de simples inflammations et à substituer à la doctrine de l'angionévrose celle de l'*embolisation* de la peau. Les expériences de T. viennent à l'appui de cette manière de voir en ce qui concerne l'érythème polymorphe et l'urticaire; pour ces maladies de la peau rangées dans les angionévroses, il accepte les vues de Philippson. A. Doyon.

Aplasie moniliforme des cheveux.

Aplasie moniliforme des cheveux (Ein Fall von Spindelhaaren. Pili moniliformes. Aplasia pilorum intermittens. Virchow, Monilethrix. Crocker, Nodose hair Smith), par J. Schutz. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIII, p. 69.

Cette maladie est rare ; il n'en existe pas 30 cas dans la science. Les enfants en sont souvent atteints. Dans le cas actuel, il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi, né en Égypte, robuste, dont le crâne est très volumineux; sa mère rapporte la maladie à ce que, dans la saison chaude, elle le baignait, non dans l'eau du Nil, mais dans de l'eau nitreuse provenant d'une citerne. Les cheveux sont alors tombés et n'ont plus reparu.

Actuellement sur tout le crâne on voit des cheveux ayant de 2 à 6 millimètres de longueur, se dirigeant dans toutes les directions, émergeant de papules blanches, en desquamation, correspondant aux follicules. Les cheveux sont en général bruns. A la loupe, ils ont l'aspect d'épines de porc-épic, avec des alternances claires et foncées régulièrement espacées ; les parties foncées sont constituées par des renflements fusiformes, celles à teinte claire par des rétrécissements, d'où résulte un aspect tacheté et moniliforme. Le calibre des cheveux atteints paraît plus fort que celui d'un cheveu normal. Les renflements fusiformes ne s'observent que sur les cheveux longs et peu adhérents; si on cherche à enlever ces cheveux, ils viennent facilement; après les lavages ils tombent en masse, ce qui tient à ce que l'hyperkératose les soutient mécaniquement. Au microscope on trouve dix renflements sur un cheveu de 6 millimètres de longueur.

La répartition du pigment est régulière dans la plupart des cheveux, aussi les renflements paraissent plus foncés.

En outre, le renflement contient toujours un fragment du canal médullaire qui paraît noir, tandis que les parties rétrécies contiennent très rarement de la substance médullaire, et sont en général formées uniquement d'une mince couche de substance corticale, ne consistant parfois qu'en une cuticule épaissie; dans ce cas, les cheveux n'ont pas de pigment. Au niveau des renflements, le canal médullaire n'est pas en général dans l'axe du cheveu, il est souvent dévié, en zigzag, en spirale ou en colimaçon. Les extrémités des cheveux moniliformes sont en général unies, un peu frangées, mais n'ont aucune ressemblance avec l'effilochage de la trichorrhexis nodosa. La plupart des cheveux présentent des renflements fusiformes depuis la racine jusqu'à la pointe.

S. décrit ensuite en détail le mode de développement de ces renflements. Il est certain que non seulement la tige du cheveu, mais le cheveu tout entier, depuis la racine, présente des fuseaux à des intervalles semblables, il y en a donc aussi dans la partie intra-cutanée, c'est-à-dire dans le follicule. Ce point est important non seulement parce qu'il constitue une grande différence avec la trichorrhexis nodosa, mais encore parce qu'il démontre que l'origine du renflement est dans le follicule, que le renflement est indépendant de tout obstacle superficiel, par exemple d'obstacles situés à l'orifice du follicule pileux ou au niveau de la peau ; il faut chercher la cause qui produit les rétrécissements au-dessous du col du follicule correspondant à l'orifice de la glande sébacée.

S. serait disposé à admettre avec Payne une défectuosité congénitale dans les follicules pilaires ; cette anomalie spéciale peut, suivant Scott, survenir à l'époque d'un changement dans le type des cheveux. Ce changement est analogue à celui de la deuxième dentition, mais se produit, d'après Kölliker, dans les six premiers mois de la vie, époque à laquelle l'aplasia pilorum intermittens se développe de préférence. Tout changement de poil coïncide avec une desquamation ; même la première poussée de cheveux s'accompagne de vernix caseosa. A. Doyon.

Bulles (Physiologie pathologique des).

Physiologie de la formation des bulles (Zur Physiologie der Blasenbildung), par Weidenfeld. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1900, t. LIII, p. 3.

W. a cherché à résoudre expérimentalement la question de la formation des bulles et à établir quels sont les éléments de la peau qui y participent et de quels facteurs paraît dépendre l'origine des bulles. Les premières expériences ont été faites uniquement sur des cadavres d'enfants. Voici la technique employée : il prend un fragment de peau, autant que possible débarrassé de graisse, et le fixe à l'aide de fils à l'extrémité inférieure d'un cylindre de verre. On ferme ensuite l'ouverture supérieure de ce cylindre avec un bouchon de caoutchouc à deux trous dans lesquels on enfonce deux tubes de verre dont l'un est fermé au moyen d'un tuyau en caoutchouc à robinet et dont l'autre est en rapport avec un appareil de pression.

W. décrit ses expériences très en détail. Il en ressort clairement que la formation des bulles dépend essentiellement de la pression du liquide qui se trouve dans les fentes lymphatiques, car en raison de la brièveté du temps, il ne saurait être question d'un processus de macération. On doit se représenter que le liquide soulève l'épiderme en bulles dès que la pression a atteint une certaine valeur. Au-dessous de cette valeur, il ne se produit pas de bulles, ou bien elles se font attendre d'une manière très appréciable.

Des bulles bien remplies correspondent à une pression élevée, des bulles flasques à une pression moindre, en supposant qu'elles n'ont pas après coup perdu du liquide d'une manière quelconque. En d'autres termes, si la progression du soulèvement épidermique est plus rapide, qu'elle corresponde à la quantité de sérum comprimée une seconde fois, il ne se produit que des bulles flasques.

Si le passage du liquide à travers le derme d'une part, le soulèvement de

l'épiderme de l'autre, sont en rapport direct avec la compression et avec la quantité du liquide comprimé à travers le derme, ceci indique qu'il existe une disproportion entre le volume des bulles et la quantité de liquide véritablement sécrété ; d'autre part, la progression du soulèvement épidermique peut aussi être indépendante de la tension des bulles, par conséquent l'épiderme est réellement soulevé en différents points sans que cela soit visible macroscopiquement. Mais souvent, en comprimant une bulle, on peut facilement se convaincre que l'épiderme est soulevé plus loin qu'il ne paraît, car le contenu des bulles s'échappe facilement sous l'épiderme voisin et le soulève en forme de bulles.

W. étudie ensuite l'influence que la composition chimique du contenu des bulles exerce en accélérant ou en retardant la séparation du corps de Malpighi d'avec le derme. Il est évident que la nature et le degré de concentration du liquide employé ont une grande importance. Des expériences de W. il résulte que les liquides les plus appropriés pour la formation des bulles sont ceux qui dissolvent le tissu conjonctif sans en amener le gonflement; par contre, les liquides qui ne dissolvent pas le tissu conjonctif et qui ne filtrent pas à travers ce tissu sont incapables de produire des bulles ou en tout cas n'en produisent que très difficilement. C'est ainsi que dans les conditions ordinaires, l'huile d'olive ou l'huile de croton ne provoquent pas de bulles.

Les bulles déterminées sur les tissus vivants par la lessive de potasse, les acides minéraux, la teinture de cantharides, l'huile de croton ou par des substances irritantes analogues ne tiennent pas à une altération primaire ou à un relâchement de la substance qui unit le derme et le réseau de Malpighi, mais à des processus d'exsudation semblables à ceux qui se produisent sous l'influence des modifications de la pression des liquides.

Les conditions sont différentes dans les brûlures où W. a constaté qu'un degré de chaleur par trop élevé et une brûlure tout à fait légère ne sont nullement accompagnés de bulles. Puisqu'en d'autres points de la peau il ne s'était pas formé de bulles dans le même laps de temps, on doit admettre une prédisposition des points atteints pour la chaleur.

Dans la brûlure, l'apparition des bulles serait donc due à des troubles primitifs de l'épiderme.

Les résultats des expériences précédentes prouvent que les altérations spéciales de l'épiderme ou du derme et de la substance adhésive constituent des conditions favorables pour le développement des bulles. W. se demande ensuite si ces conditions favorables ne déterminent pas la formation de bulles même avec une faible pression, quand on a fait préalablement une injection de solution plus ou moins concentrée de potasse caustique.

Il a constaté que, même avec une légère alcalescence et avec une faible pression, on observe la séparation de l'épiderme et du derme.

Il ne faut cependant pas oublier l'influence du système nerveux sur le développement des bulles, c'est là un des points les plus importants sur lequel W. doit insister dans un prochain article. A. Doyon.

Formation des bulles dans la peau (Zur Frage der Blasenbildung in der Haut), par L. Merk. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIII, p. 349.

De même que la tension osmotique mérite une grande attention dans

l'étude de la matière vivante, de même il faut aussi tenir compte du maximum de la température. Si donc, dès le début, on n'exclut pas les processus de physiologie cellulaire ou de pathologie cellulaire, il faut s'en tenir aux processus physiologiques et physiques et chercher à maintenir la chaleur de la peau et des liquides d'expérimentation.

M. a suivi dans ses recherches ces principes et il a trouvé que la formation des bulles peut très souvent être rapportée à une insuffisance des fonctions cellulaires. C'est ce que Weidenfeld n'a pas fait. Dans la formation des bulles, les conditions essentielles sont pour lui la pression et les propriétés physiques des liquides d'expérimentation.

M., au contraire, attache surtout de l'importance à la vie cellulaire. Il s'est servi, pour ses recherches, de la peau ayant encore sa chaleur vitale, provenant du pied d'une jeune fille qu'on venait d'amputer. Il fixa cette peau à un tube de verre, comme l'avait fait Weidenfeld. Seulement ce tube n'avait environ que 1 centim. 5 de diamètre à son orifice et à peine 4 centimètres de hauteur. Il n'y avait donc pas de pression externe. La peau fut fixée, l'épiderme dirigé en haut et le derme en bas ; le contraire de ce qu'avait fait Weidenfeld. Dans ce petit cylindre, dont le fond était fermé par la couche cornée, M. introduisit une solution aqueuse chaude à 5 p. 100 de ferrocyanure de potassium et plaça le cylindre dans une solution aqueuse chaude à 0,5 p. 100 du même sel. M. comptait voir se produire des processus de diffusion et de résorption et espérait retrouver les voies de résorption après avoir durci et coloré les coupes du tissu. Il n'est pas question des modifications relatives à la résorption. M. se borne à ajouter qu'au bout d'une heure il s'était formé une bulle dont l'enveloppe était constituée par la couche cornée. Il survient donc des bulles sur la peau détachée du corps mais encore vivante, quand l'épiderme est tourné vers l'orifice ; ces recherches complètent celles de Weidenfeld en ce sens que sur des fragments de la peau en question il se forme des bulles sans l'intervention d'une pression notable ou externe. A. DOYON.

Épidermolyse bulleuse.

Epidermolysis bullosa (A case of epidermolysis bullosa hereditaria), par CH. RUSSELL. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases,* septembre 1900, p. 405.

Garçon de 8 ans, bien portant à tous les points de vue. La maladie s'est montrée depuis l'âge de 2 ans, mais on ne trouve rien d'analogue chez ses ascendants. Toutes les fois que la peau est heurtée ou froissée, il se forme une bulle plus ou moins volumineuse et il y a presque toujours quelque bulle en évolution sur les articulations phalangiennes, siège le plus ordinaire, sur les coudes ou les genoux. Il n'est pas question dans l'observation des cicatrices consécutives. W. D.

Néoplasmes divers.

Hémangio-endothéliome tubéreux multiple et hémangiosarcome de la peau (Hæmangioendothelioma tuberosum multiplex und Hæmangiosarcoma cutis), par M. WOLTERS. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis,* 1900, t. LIII, p. 269.

Homme de 30 ans, présentant sur le thorax, depuis la clavicule jusqu'à

l'appendice unciforme et latéralement jusqu'à la ligne axillaire antérieure, de nombreuses papules et petites taches légèrement saillantes, du volume d'un pois et même davantage. Dans les intervalles sont disséminées des papules plus petites de la grosseur d'une tête d'épingle. La coloration de ces éléments éruptifs est rougeâtre, avec une nuance d'un brun jaunâtre. Cette affection existe depuis la jeunesse ; elle n'a jamais occasionné ni prurit, ni douleurs, ni malaise quelconque ; le nombre des papules a augmenté peu à peu.

Les caractères cliniques rappellent un peu le xanthome, mais les lésions n'ont pas la couleur jaune caractéristique ; par contre, ils correspondent au dessin du lymphangiome tubéreux multiple qui se trouve dans l'Atlas de Hebra et dans celui de Kaposi, ainsi qu'aux hidradénomes éruptifs décrits par Darier et Jacquet.

L'examen microscopique montre que ces cas rentrent bien dans cette catégorie. A un faible grossissement, W. constata que l'enveloppe épidermique était tout à fait normale ; par contre, la couche réticulaire et sous papillaire est traversée par de nombreux tractus cellulaires plus ou moins épais qui se croisent souvent, se ramifient et sont en connexion avec des vacuoles, d'autres sont en apparence libres dans le chorion. Les vacuoles contiennent une masse colloïde ; le derme tout entier paraît envahi par des cellules, ainsi que tous les vaisseaux. Les cellules qui forment les vacuoles et les cordons cellulaires sont plates, de forme régulière et ont un noyau ellipsoïde avec un ou deux nucléoles et une grande quantité de substance chromatique.

Les noyaux ont exactement la même structure que les gros noyaux de tissu conjonctif. La plupart de ces vacuoles sont remplies de masses colloïdes qui proviennent des cellules désagrégées. Ces résultats concordent absolument avec ceux des autres auteurs qui ont décrit ces lésions sous le même nom ou sous des noms différents ; endothéliome tubéreux, colloïde, hidradénomes éruptifs, etc.

Les résultats auxquels W. est arrivé sont en général les mêmes que ceux indiqués par Jarish, mais ils en diffèrent sur quelques points.

D'après les recherches histologiques de Jarish, on devrait regarder l'endothélium des capillaires sanguins comme le point de départ de la néoplasie : cet auteur admet que les vaisseaux se continuent directement avec les cordons cellulaires, tandis que, comme Elschnig le mentionne expressément et comme W. peut le confirmer, il n'y a jamais oblitération des vaisseaux, mais cette opinon tient à ce que ses examens ont toujours porté sur des coupes épaisses. Or, W. a réussi, en pratiquant des coupes minces et en les examinant à un fort grossissement, à démontrer que les noyaux de l'endothélium des capillaires sanguins subissent en quelques points une prolifération excessive, que les cordons cellulaires pénètrent dans les parties voisines, se ramifient et constituent des réseaux parallèles à la surface du derme, dont les points nodulaires se transforment en kystes par dégénérescence des cellules centrales. Ces cordons cellulaires suivent de préférence le trajet des vaisseaux et des canaux glandulaires.

Les cellules de tissu conjonctif du derme ainsi que celles des vaisseaux sont légèrement augmentées sous forme de véritables néoplasies.

Ici les cordons cellulaires sont solides, ils n'ont pas de lumière et ne résultent pas de l'oblitération des vaisseaux par prolifération endothéliale. Ces constatations ont naturellement donné lieu à la dénomination de la néoplasie ; il s'agit d'un endothéliome, et, comme il a son point de départ dans l'endothélium des vaisseaux sanguins, il constitue un véritable hemangio-endothéliome.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur la dégénérescence colloïde ou sur la formation des kystes, car ces caractères sont, suivant Klebs, tout à fait typiques de l'endothéliome. A. Doyon.

Deux cas d'adénome sébacé (nævi symétriques de la face d'Hallopeau-Leredde (Zwei Fälle von sogenannten Adenoma sebaceum, Hallopeau-Leredde's « Nævi symétriques de la face »), par Pezzoli. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIV, p. 193.

Jeune fille de 20 ans, atteinte d'une éruption de la face qui, au dire de sa mère, remonterait à sa plus tendre enfance. Le nez, surtout les parties latérales et la pointe, les joues jusque près des oreilles et le menton sont envahis par de nombreuses papules symétriques dures, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois, d'une teinte jaune rougeâtre. Quelques papules plus petites sur le front et la lèvre supérieure. Sur le nez et particulièrement dans les plis naso-labiaux, les papules sont très confluentes, disposées en groupes ou en traînées. Elles sont rondes ou ovales, légèrement saillantes et mobiles avec la peau. Si on les incise, il en sort une masse blanche qu'on reconnaît facilement pour du sébum épaissi. En dehors de ces papules, la peau du visage ne présente rien d'anormal. P. détruisit les papules par l'électrolyse.

L'examen microscopique donna les résultats suivants : l'épiderme est en général normal, d'une épaisseur variable correspondant à la nature du chorion sous-jacent. Les altérations principales consistent en un amas considérable de glandes sébacées, d'ailleurs complètement normales et, en outre, hypertrophie du derme avec légère dilatation des capillaires.

Le cas II concerne un garçon de 19 ans, robuste et n'ayant jamais été malade. L'éruption de la face aurait toujours existé. Elle consiste en papules présentant les mêmes caractères cliniques et ayant les mêmes localisations que dans le cas précédent ; cependant, au microscope, on constate quelques différences importantes. Le derme qui, dans le premier cas, était hypertrophié, a conservé son épaisseur normale, les fibrilles de tissu conjonctif ont leur forme et leur mode habituel de groupement. On trouve également ici dans le stratum réticulaire du derme une énorme accumulation de glandes sébacées hypertrophiées. Mais la différence principale se trouve dans l'état des glandes sudoripares ; dans le premier cas, elles étaient de dimensions absolument normales et très rares, tandis que dans le second cas, elles étaient beaucoup plus nombreuses et hypertrophiées.

P. regarde ces deux cas comme des faits de nævi dans le sens de Hallopeau, Leredde, Jadassohn, mais non comme des nævi sébacés, suivant la terminologie de ce dernier auteur.

En effet, dans certains cas, comme dans les observations ci-dessus, il ne s'agit pas exclusivement de lésions des glandes sébacées, car d'autres

éléments comme le chorion et les glandes sudoripares, dans les cas actuels, peut-être aussi les vaisseaux sanguins, les poils, dans d'autres cas, peuvent être hypertrophiés.

P. tient la dénomination française de *nævi symétriques du visage* pour la plus juste, parce qu'elle ne préjuge rien. Dans le groupe de ces nævi, en tant qu'ils consistent exclusivement ou principalement en lésions des glandes sébacées (premier groupe de Hallopeau), on peut établir deux types, suivant qu'il s'agit d'une hypertrophie pure des glandes sébacées ou d'un véritable adénome. A. Doyon.

Pemphigus.

Traitement local du pemphigus (Notes on a case of pemphigus particularly in connection with the local treatment), par A. van Harlingen. *Therapeutic Gazette*, 15 mars 1901. p. 155.

V. H. a traité un enfant de 5 ans atteint de pemphigus aigu fébrile, généralisé par la désinfection complète de toutes les lésions. Il a découvert les bulles et a appliqué un pansement humide avec du sublimé à 1 p. 2000, en traitant successivement les diverses parties du corps. Au bout de quatre jours l'amélioration des parties traitées a permis de remplacer le pansement humide par une pâte à l'oxyde de zinc. Les phénomènes généraux graves se sont rapidement amendés, et la guérison a été complète en un mois.

[Il est peut-être risqué de conclure des résultats obtenus dans ce cas au pemphigus vulgaire.] W. D.

Purpura.

Purpura (Notes on a case of purpura, etc.), par P. Weber. *British Journal of Dermatology*, mars 1900, p. 77.

Un jeune homme de 17 ans fut pris, vers le 10 octobre, de frissons, de fièvre et de douleurs dans les membres. Le 19, à son entrée à l'hôpital, on le trouva très faible avec des plaques purpuriques sur la face, la poitrine, les bras et les jambes. Une grande ecchymose occupait de chaque côté toute la région orbitaire et à droite il y avait une ecchymose conjonctivale. La muqueuse buccale et les gencives sont normales ; aucune lésion viscérale; urines normales. Le 23 octobre, il y a quelques nouvelles taches de purpura ; sur les anciennes la peau s'est gangrenée dans toute son épaisseur et en tombant elle a mis à nu les tendons du dos de la main droite et les muscles de l'épaule et de l'avant-bras droits. Diarrhée, albuminurie. Le 29 octobre, faiblesse croissante ; le pouls s'accélère ; épanchement pleural droit de sérosité légèrement sanguinolente. Mort le 18 novembre.

Le purpura est généralement dû à une toxémie dont la cause peut être très variable. L'auteur signale comme complication du purpura une dilatation énorme de l'estomac sans obstacle pylorique. W. D.

Sclérodermie.

Sclérodermie diffuse (Report of a case of diffuse sclerodermia), par S. Terrill. *Memphis medical Monthly*, décembre 1900, p. 624.

H..., 37 ans, Écossais, sans antécédents pathologiques. Il y a quatorze

et dix ans il a eu quelques troubles nerveux hystériformes, à la suite de traumatismes. Depuis sept ans la face, les mains et les pieds ont commencé à être gonflés et raides ; la figure a perdu son expression. Le gonflement a disparu ; mais la raideur a augmenté et s'est étendue à tout le corps. La peau est partout dure, sèche, tendue sur les parties sous-jacentes, avec des ulcérations au niveau des saillies osseuses. Vitiligo sur le ventre ; les cheveux sont en grande partie tombés ; les paupières et les lèvres, atrophiées, ne peuvent plus se fermer complètement ; les ongles sont épaissis, striés, irréguliers ; les dents sont altérées et irrégulières ; la langue est atrophiée, amincie, effilée. Les doigts sont demi-fléchis, durs comme pierre, immobiles. Les organes génitaux sont atrophiés, les urines rares. Le malade peut difficilement avaler ; les aliments descendent dans l'estomac par l'effet de la pesanteur et en sortent avec la même facilité s'il met la bouche plus bas que l'estomac. Constipation rebelle ; le gros intestin est rempli d'une masse fécale dure. On pratique la colotomie. Mort. W. D.

Opisthotonos dû au sclérème des nouveau-nés (Opisthotonus due to dorsal sclerema neonatorum), par W. Browning. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, décembre 1900, p. 563.

Un enfant a présenté un début de sclérème au bout de la première semaine. Les lésions cutanées se sont développées surtout dans le dos dont la peau est épaisse et dure comme du bois. Quand l'enfant est abandonné à lui-même, il se courbe en arrière en position d'opisthotonos très accusé, la peau du dos formant de grands plis transversaux ; cependant on peut artificiellement redresser l'enfant ou même le courber en avant. Les jours suivants, le sclérème s'étend de plus en plus, gagnant par devant et limitant mécaniquement l'opisthotonos ; l'état général s'altère en même temps comme d'habitude dans le sclérème. W. D.

Thérapeutique dermatologique.

De la viscine et de son emploi en thérapeutique (Ueber Viscin und dessen therapeutische Verwendung), par G. Riehl. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1900, p. 652.

La viscine (glu) est un corps dont les propriétés se rapprochent beaucoup de celles du caoutchouc ; elle est contenue dans les baies, les feuilles et l'écorce du gui blanc (viscum album). La viscine est un corps indifférent qui n'irrite pas la peau ; elle se dissout complètement dans la térébenthine et la benzine, en partie seulement dans l'éther. Comme base de toutes les préparations, R. emploie une solution de viscine dans la benzine qui n'a aucune action irritante sur la peau et qu'on peut concentrer à volonté ; on peut ajouter à cette solution les médicaments les plus différents.

Si à une solution de viscine de densité sirupeuse on mélange de l'amidon, de la poudre d'iris de Florence ou d'autres substances pulvérulentes indifférentes, on obtient une masse emplastique très adhérente qui, étendue sur de la toile, peut être utilisée comme emplâtre adhésif. Dans le traitement des maladies de la peau, R. a employé exclusivement des solutions dans la benzine, additionnées le plus souvent de 5 à 10 p. 100 d'acide

salicylique ; de 8 à 20 p. 100 d'oxyde de zinc ; de 10 p. 100 de chrysarobine. On peut préparer presque tous les emplâtres avec de la viscine ; ils conservent tous pendant longtemps leur propriété adhésive et, s'ils se dessèchent à la surface, on peut, en les badigeonnant avec de la benzine, leur rendre leurs propriétés premières.

On peut aussi employer la viscine sous forme de traumaticine. On se sert alors d'une solution de viscine dans la benzine de la consistance de l'huile de lin, à laquelle on ajoute de la chrysarobine, du pyrogallol, de l'iodoforme, etc. Sous cette forme, la viscine n'est peut-être pas tout aussi adhésive que la traumaticine, mais en raison de son très bas prix elle pourrait, comme succédané, rendre de bons services. Dans le psoriasis, R. a obtenu d'excellents résultats avec la viscine additionnée de 10 p. 100 de chrysarobine à 5 p. 100 et de pyrogallol. Dans la séborrhée et dans les eczémas séborrhéiques secs, il a observé de très notables améliorations en badigeonnant les surfaces malades avec de la viscine sulfureuse (2,5 à 10 p. 100). Pour les malades de la consultation, cette méthode de traitement rend de réels services : le soir, on applique la viscine en couches minces qu'il est facile de faire disparaître le lendemain avec de la benzine.

On peut encore utiliser la viscine sous une troisième forme qu'on obtient en additionnant des solutions très étendues avec de grandes quantités de poudres indifférentes, telles que l'oxyde de zinc. On obtient ainsi une espèce de mixture dont la masse pulvérulente, après l'évaporation de la benzine, adhère fortement à la peau en couches épaisses. Cette préparation, d'après son action, tient le milieu entre la colle de zinc et la pâte de Lassar. La pâte de viscine est plus adhérente que les préparations de gélatine tout en ayant la même perméabilité pour les corps volatils ; elle est aussi plus adhérente que la pâte de Lassar, elle exerce en outre une légère compression à la surface.

Toutefois la viscine a deux inconvénients : 1° une couleur verte qui tient à la présence d'une grande quantité de chlorophylle ; si on prépare la viscine uniquement avec les baies du gui, cette coloration verte manque ; 2° une odeur douceâtre qui disparaît presque complètement avec un léger parfum ; il suffit par exemple d'ajouter de la poudre d'iris de Florence.

La pâte de viscine se prépare en ajoutant à une solution de viscine de la consistance de l'huile de lin et même plus étendue, 10 p. 100 d'oxyde blanc de zinc ; on peut l'additionner de goudron, etc.

Ces préparations peuvent être étendues avec de la benzine et il faut les agiter fortement avant de les appliquer. A. Doyon.

Troubles trophiques cutanés.

Troubles trophiques complexes des pieds (Trophic disorders of the feet : an anomalous and asymetrical case of sclerodactylia with Raynaud's phenomena), par Parkes Weber. *British Journal of Dermatology*, février 1901, p. 41.

Un garçon d'hôtel allemand âgé de 25 ans a été atteint il y a deux ans de gonflement douloureux des jambes. Au bout de quinze jours, l'œdème disparaît mais il survient des phyctènes sur les plantes et des plaques de

gangrène aux talons et à la première articulation métatarso-phalangienne des deux côtés. Plus tard, les deux derniers orteils gauches se gangrènent et tombent.

Déprimé par la maladie et un long chômage, il essaye sans succès de se suicider d'un coup de pistolet dans la tempe droite. Pendant l'été de 1899, il entre dans un asile d'aliénés pour mélancolie et en sort au bout de quelques mois. A la même époque il remarque l'amaigrissement de sa jambe gauche, puis on constate une contracture de la jambe gauche avec quelques crises de convulsions rythmées.

Actuellement, les muscles de la jambe gauche sont atrophiés avec production d'un pied bot équin.

Au *pied gauche*, la peau des orteils et du dos du pied est tendue, luisante, livide et froide au toucher ; le froid ou le chaud exagèrent les douleurs, les ongles des trois orteils survivants sont atrophiés. Il y a un ulcère sur la première articulation métatarso-phalangienne.

Au *pied droit*, cicatrice au talon et à la base du gros orteil ; çà et là des taches purpuriques ou des cicatrices.

Réflexe plantaire aboli ; réflexe rotulien exagéré à gauche ; pouls tibial postérieur normal des deux côtés.

Dans la discussion du diagnostic, W. élimine la lèpre, les lésions artérielles, les névrites périphériques, et conclut à une forme anormale de sclérodactylie avec syndrome de Raynaud. W. D.

Affections cutanées dans le goitre exophtalmique (Cutaneous affections occurring in the course of Graves disease), par S. E. DORE. *British Journal of Dermatology*, octobre 1900, p. 353.

Mélanodermie. — Signalée par Drummond en 1887 ; Byron Bramwell l'a trouvée 29 fois sur 79 cas. Elle occupe surtout les parties normalement pigmentées ou les points comprimés par les vêtements : orbites, cou, aisselles, aréole des seins, abdomen, plis du coude et du jarret, côtés de la poitrine et lombes. Elle peut quelquefois simuler d'assez près la maladie d'Addison, mais la pigmentation des muqueuses manque. Elle est assez souvent limitée aux paupières.

Vitiligo. — Il a été signalé depuis longtemps par Trousseau. Il peut coïncider avec des plaques simplement pigmentées, comme dans un cas rapporté par D.

Troubles trophiques. — Atrophie des ongles. Alopécie diffuse ou en plaques des cheveux, sourcils, cils et poils du pubis. Dans un cas de Burney Yeo, le goitre, l'exophtalmie et l'alopécie étaient limités au côté droit.

Hyperhidrose. — S'observe dans la majorité des cas de goitre exophtalmique ; elle peut être générale ou locale.

Erythèmes. — Surtout le dermographisme.

Œdèmes. — Il faut distinguer des œdèmes cardiaques des membres inférieurs, des œdèmes généralisés, des œdèmes aigus circonscrits analogues à l'urticaire œdémateuse et des œdèmes durs ressemblant au myxœdème. On sait du reste que le myxœdème peut suivre le goitre exophtalmique. W. D.

Verrues.

Chrysarobine comme spécifique des verrues (Chrysarobin a specific for warts), par Fitz. *Boston Med. and Surg. Journal*, 24 juin 1899, p. 633.

F. a appliqué la chrysarobine avec succès dans huit cas de verrue plantaire. Tous les soirs on abrase la surface de la verrue avec du papier à dérouiller, puis on y applique une couche de traumaticine avec 10 p. 100 de chrysarobine. Les verrues disparaissent en 1 à 3 semaines. Le même traitement a également été employé avec succès pour quelques cas de verrues des mains. W. D.

Xanthome.

Xanthome diabétique (A case of xanthoma diabeticorum), par Sherwell et Johnston. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1900, p. 387.

Femme de 40 ans, forte et robuste, diabétique depuis 5 ans au moins; actuellement glycosurie considérable.

L'éruption a commencé depuis 5 ou 6 ans par les coudes, les genoux et les fesses; elle a constamment augmenté depuis, s'aggravant en hiver, s'atténuant en été. Elle couvre actuellement tout le corps, mais prédomine sur les membres du côté de l'extension, et sur la partie postérieure du tronc. Elle est constituée par des nodules durs, saillants, jaunes, coniques, entourés d'une auréole rouge, douloureux spontanément et au toucher au point de gêner la malade dans ses occupations et d'empêcher le sommeil. Au bout de trois semaines de régime, les lésions se sont déjà notablement affaissées et l'auréole rouge a pâli. Au bout de quelques mois, l'éruption a complètement disparu.

L'examen microscopique montre une infiltration cellulaire autour des vaisseaux, dans la portion moyenne du derme; ces foyers subissent une dégénérescence graisseuse qui débute par l'endothélium des vaisseaux et qui infiltre tout le voisinage; les fibres conjonctives deviennent hyalines, puis disparaissent, remplacées par de la graisse libre. C'est cette graisse qui produit la couleur jaune de la lésion.

Le xanthome diabétique comme le xanthome vrai doit sa couleur à de la graisse située dans le derme, mais dans le xanthome vrai cette graisse est constituée par du tissu adipeux hétérotopique; dans le xanthome diabétique, c'est une inflammation nodulaire aboutissant à la dégénérescence graisseuse. Les deux lésions sont donc fondamentalement différentes. W. D.

REVUE DES LIVRES

Précis élémentaire des maladies vénériennes, par CH. AUDRY. 1 vol. in-16 de 342 pages. Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 1901.

Audry a écrit ce petit livre pour les débutants, avec l'intention de leur fournir juste le nécessaire pour être à même de suivre avec fruit un service de syphiligraphie, et en ayant soin d'élaguer toutes les inutilités, tous les hors-d'œuvre, la bibliographie et les théories. Il a, certes, réussi à atteindre ce but : ses descriptions sont claires, suffisantes. Mais la clarté et le caractère élémentaire du livre ne l'ont pas empêché de donner des aperçus généraux sur les questions si importantes de la prophylaxie de la syphilis, de protester dès le début contre le terme de « vénériennes » attribué aux affections qu'il décrit, d'imprimer sa touche personnelle à ce livre. Rompant avec la tradition, il décrit les manifestations de la syphilis par organes et par systèmes et non par périodes. Il réunit par exemple dans un même chapitre toutes les lésions syphilitiques de la peau, qu'il divise en roséole, syphilide papuleuse (comprenant la papule ordinaire, la papule modifiée, les papules anormales, la papule large, les papules squameuses, la syphilide tuberculeuse, les ulcérations syphilitiques cutanées, la gomme) et la syphilide pigmentaire ; l'auteur s'adressant aux débutants, on ne peut lui reprocher d'avoir schématisé, et rendu trop facile à comprendre une description que d'autres ont compliquée avec excès et sans profit. On doit le féliciter au contraire d'avoir condensé dans ce petit volume tous les faits qu'il y a réunis et d'avoir donné à leur description l'attrait d'une forme nouvelle. G. T.

Traité des maladies vénériennes, par le professeur E. LESSER. 2e édition française, traduite sur la 9e édition allemande, par A. BAYET. 1 vol. in-8° de 352 pages. Bruxelles et Paris, Manceaux et Masson, éditeurs, 1901.

L'éloge du *Traité des maladies vénériennes* du professeur Lesser n'est plus à faire. Neuf éditions allemandes ont consacré son succès, dû à la clarté de l'exposition, à l'exactitude des descriptions et au soin avec lequel l'auteur a tenu son livre au courant des progrès de la science, tout en les soumettant à une critique judicieuse et élaguant les faits incertains.

Par son essence même de traité didactique, ce livre échappe à l'analyse et nous ne pouvons que signaler ici les additions nombreuses que l'auteur a faites, principalement aux chapitres de la syphilis héréditaire et du traitement de la syphilis, qui est des plus remarquables.

M. Bayet, qui avait déjà fait connaître le livre du professeur Lesser aux lecteurs de langue française, a rendu un véritable service en le leur présentant de nouveau sous sa forme actuelle avec ses additions. Il a eu, en outre, l'heureuse idée de joindre au texte quelques photographies représentant les types les plus communs de lésions syphilitiques. G. T.

NOUVELLES

Société française de prophylaxie sanitaire et morale. — Cette Société, distincte de la Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale, poursuit un but identique, celui de diminuer dans la mesure du possible la fréquence des affections vénériennes et de la syphilis en particulier. Elle se propose d'agir par des moyens d'ordre moral ou religieux, d'ordre administratif et d'ordre médical.

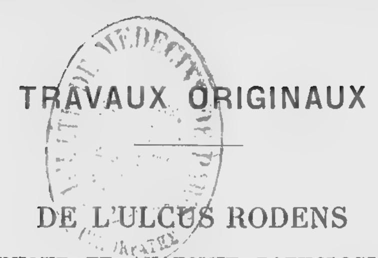
Elle se compose de membres titulaires soit médecins, soit étrangers à la profession médicale ; les femmes y sont admises. Les séances ont lieu le 10 de chaque mois à la Faculté de médecine de Paris.

La Société française de prophylaxie sanitaire et morale a tenu sa première séance le 10 mai dernier. Son bureau se compose de MM. le professeur ALFRED FOURNIER, *président;* R. BÉRENGER, sénateur, le professeur BRISSAUD, le Dr LE PILEUR, *vice-présidents;* le Dr TOUSSAINT BARTHÉLEMY, *secrétaire général ;* le Dr EDMOND FOURNIER, *trésorier.*

Société belge de dermatologie et de syphiligraphie. — Cette Société, récemment fondée, a constitué son bureau de la façon suivante : M. le professeur DE SMET (de Bruxelles), *président;* M. le Dr CRUYL (de Gand), *vice-président;* M. le Dr DUBOIS-HAVENITH, *secrétaire général.*

Le Gérant : PIERRE AUGER

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE



TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ULCUS RODENS

CLINIQUE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Par **W. Dubreuilh** et **B. Auché**.

(Avec une planche en phototypie.)

HISTORIQUE

Le premier auteur qui ait clairement distingué l'affection dont nous nous occupons ici est Jacobs, de Dublin. Dans les *Dublin Hospital Reports* de 1827 il en donne une description qui est encore aujourd'hui excellente. Il insiste sur son siège, sur la lenteur de son évolution, sur les caractères de l'ulcération et du bourrelet dur qui l'entoure, sur sa ténacité, l'absence de retentissement ganglionnaire et sur la possibilité de la cicatrisation spontanée partielle. Il l'appelle « rodent ulcer », ou en latin « ulcus rodens », nom que nous avons cru devoir lui conserver. En souvenir de cet auteur, les Anglais appellent souvent la lésion « Jacobs' ulcer » et Unna la décrit sous le nom de « Carcinoma Jacobs ».

C'est surtout en Angleterre que l'ulcus rodens a été étudié et il a été l'objet de très nombreux travaux que nous ne pouvons pas tous passer en revue. On peut y distinguer trois périodes. Une première s'étend depuis le mémoire de Jacobs jusqu'à celui de Hutchinson en 1860. On discute les caractères cliniques de l'ulcus rodens et on les sépare nettement de l'épithélioma, c'est-à-dire du cancroïde de la face, de l'épithélioma papillaire, végétant, envahissant les ganglions et dont la malignité est évidente. Dans les années suivantes, on cherche à confirmer la distinction par l'examen histologique et l'on établit les principales différences qui séparent l'ulcus rodens des autres formes d'épithélioma. On insiste sur la disposition en amas lobulés ou tubulés, formés de cellules plus petites que celles de l'épithélioma ordinaire, dépourvues de filaments d'union, ne se kératinisant pas et n'aboutissant pas à la formation de globes épidermiques. Cependant on reconnaît généralement qu'il s'agit bien d'une tumeur d'origine épithéliale, mais on se refuse à lui donner le nom d'épithélioma, réservant celui-ci aux tumeurs épithéliales franchement malignes et formées de cellules à évolution cornée. Ces idées trouvent leur complet développement dans le livre de Thin en 1886.

La troisième période est celle où l'on a étudié le point de départ

de ce cancer épithélial d'une espèce particulière. Déjà en 1879 les frères Fox avaient soutenu que l'ulcus rodens avait pour origine la gaine épithéliale externe des poils et que plusieurs follicules voisins fournissaient par leur bourgeonnement des points de départ multiples. Cependant le document le plus important nous est fourni par la grande discussion à la Société pathologique de Londres, en 1894, où Beadles, Bidwell, Bowlby, C. Fox, Paul, Spencer, N. Walker, Hutchinson, Thin, Kanthack, ont pris la parole et exposé leurs idées. Dans cette discussion ont été mis en lumière beaucoup de faits intéressants, relatifs au sujet qui nous occupe, et plusieurs des mémoires que nous aurons à citer ont été publiés à cette occasion. Thin et Walker ont été seuls à soutenir l'origine sudoripare de l'ulcus rodens, la plupart l'ont fait naître des follicules pileux ou des glandes sébacées.

En Allemagne, l'ulcus rodens a toujours été confondu avec les autres variétés d'épithélioma de la peau. Thiersch l'avait bien distingué sous le nom de cancer superficiel (flache Krebs), par opposition au cancer profond (tiefgreifende Krebs). Mais, comme il y a des épithéliomas papillaires et kératosiques qui sont très superficiels et des ulcus rodens qui creusent profondément, la distinction entrevue par Thiersch n'a pas eu grande influence et les différences cliniques n'ont pas été remarquées. Aussi ce n'est que tout récemment que les articles de Unna et de Kreibich ont appelé l'attention sur les travaux anglais sur la question.

En France, les travaux des Anglais sur l'ulcus rodens ont passé complètement inaperçus; Verneuil est le seul qui ait été frappé de l'aspect et de la marche spéciale de certains épithéliomas de la face. En raison de leur apparente structure glandulaire, il les avait considérés comme des épithéliomas et des adénomes sudoripares et on peut trouver un grand nombre de thèses et de mémoires faits par ses élèves sur ce sujet, mais depuis qu'il a été démontré, par Mathieu notamment, que l'origine sudoripare était purement hypothétique, la distinction faite par Verneuil est tombée dans l'oubli. Les traités de chirurgie les plus récents ne décrivent pas l'ulcus rodens comme variété spéciale et se bornent à remarquer que l'épithélioma de la face a quelquefois une marche très lente et peut persister longtemps sans infecter les ganglions.

ÉTIOLOGIE

Nous ne sommes évidemment pas plus fixés sur l'étiologie intime de l'ulcus rodens que sur celle du cancer en général, nous ne connaissons que les conditions dans lesquelles on le voit apparaître, ou plutôt nous n'en connaissons que quelques-unes ; beaucoup et des plus importantes nous échappent encore complètement.

Sexe. — D'après notre statistique personnelle portant sur 110 cas, l'ulcus rodens serait notablement plus fréquent chez la femme que chez l'homme et nous trouvons 25 hommes contre 65 femmes. Il est vrai que Bowlby a trouvé 40 hommes pour 26 femmes.

Age. — Il est admis que l'ulcus rodens, comme l'épithélioma en général, est une maladie de la vieillesse, mais c'est peut-être moins vrai pour lui que pour les autres formes. D'après notre statistique, et en tenant compte, non de l'âge des malades au moment où ils ont été observés, mais de l'âge auquel la maladie a débuté, nous trouvons comme âge moyen du début 48 ans pour les hommes et 48,4 pour les femmes, soit 48,3 pour l'ensemble. Il est probable que cet âge est plutôt au-dessus qu'au-dessous de la réalité, car le début est souvent si insidieux que la petite tumeur peut fort bien n'avoir été remarquée qu'un certain temps après son apparition.

Il y a du reste de grandes variations dans l'âge du début, ainsi qu'en témoigne le tableau suivant où nous joignons les résultats de notre statistique personnelle et de celle de Bowlby.

	BOWLBY	STATIST. PERS.	ENSEMBLE
	—	—	—
De 10 à 15 ans..	1	1	2
15 à 20 — ..	2	2	4
20 à 25 — ..	1	1	2
25 à 30 — ..	5	4	9
30 à 35 — ..	7	6	13
35 à 40 — ..	10	13	26
40 à 50 — ..	16	18	34
50 à 60 — ..	15	18	33
60 à 70 — ..	6	14	20
Au-dessus de 70 — ..	3	3	6
	66	80	146

Les lésions chez les malades les plus âgés que nous ayons observés ont débuté à 74 et à 80 ans.

Observation I. — Veuve D..., 83 ans. La tumeur actuelle a débuté il y a trois ans à la suite d'une plaie faite par un morceau de fer et dont on trouve encore la trace sous forme d'une cicatrice linéaire juste au-dessus de la tumeur. Celle-ci siège au milieu de la joue gauche, elle a environ 1 centimètre de large, son contour est irrégulier. Elle est formée par trois bosselures contiguës de couleur rosée avec une demi transparence opaline. Sa surface est parcourue par quelques varicosités veineuses et recouverte par un épiderme mince, lisse et transparent. A la palpation la tumeur est ferme et élastique, bien limitée, mobile sur les parties profondes. Il n'y a pas de ganglions. La peau de la face est fine, lisse et sans croûtes séniles.

La malade présente en outre sur le dos de la main gauche une plaque

de tuberculose verruqueuse qui date de 12 ans et qu'elle a contractée en soignant trois de ses petits enfants morts de tuberculose pulmonaire.

La lésion de la joue a été excisée et l'examen microscopique a confirmé le diagnostic. Il s'agit, en effet, d'un ulcus rodens à type trabéculo-alvéolaire. Le stroma, fibreux et dense autour du néoplasme, est formé, au sein même de la tumeur, par du tissu conjonctif lâche et dans beaucoup d'endroits par du tissu muqueux. Dans la région sous-épidermique le stroma est abondamment infiltré d'éléments cellulaires.

En revanche, on a observé un certain nombre de cas débutant dans la jeunesse ou même dans l'enfance.

Hartzell a observé un garçon de 16 ans chez lequel les lésions avaient débuté deux ans auparavant. On trouvait sur la pommette gauche un ulcère de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, bordé par un bourrelet de teinte cireuse; à côté se trouvait un second nodule, gros comme un pois, avec une ulcération centrale; un troisième nodule siégeait près de l'aile du nez; une quatrième lésion ulcérée se trouvait sur le bord de l'aile gauche du nez. L'examen microscopique de deux des ulcères montra la structure de l'ulcus rodens à lobules déchiquetés, ainsi qu'en témoigne la figure annexée au mémoire.

Roger Williams a vu un ulcus rodens débuter chez une fille à l'âge de 14 ans, évoluer obstinément malgré les cautérisations, les raclages et les excisions et finir par déterminer la mort au bout de 21 ans.

J. Hutchinson donne dans son « *Smaller Atlas* », fig. CXI, le portrait d'un homme de 25 ans chez qui l'ulcus rodens avait débuté à 15 ans et avait récidivé après deux opérations. Le père du malade portait depuis longtemps un ulcus rodens au moment de la naissance de son fils.

Les cas les plus jeunes que nous ayons observés ont débuté à 12 et à 18 ou 20 ans.

Obs. II. — Léon M..., 13 ans. La lésion a débuté il y a un an par un bouton gros comme un grain de chènevis, un peu prurigineux. Il y a 6 mois le bouton s'est ulcéré.

Actuellement on trouve sur l'œil gauche du nez, à son union avec le lobule, une ulcération de 6 millimètres sur 4, unie, luisante, d'un jaune rosé, légèrement suintante, saignant difficilement, et située sur le même niveau, que la peau voisine. L'ulcère est entouré d'un bourrelet de 1 millimètre et demi de large, un peu rosé, un peu saillant, recouvert d'uné piderme mince. Le versant central de ce bourrelet est ulcéré; son versant externe présente quelques fines veinules rouges irradiées vers l'extérieur. Ce bourrelet présente une dureté cartilagineuse très nette et bienlimitée et l'induration paraît se continuer sous l'ulcère. Il y a quelques démangeaisons mais pas de douleur.

Obs. III. — *Ulcus rodens multiple ayant débuté dans l'adolescence, resté longtemps stationnaire et devenu térébrant depuis quelques mois.* — Mme P..., âgée de 40 ans, entre à l'hôpital le 4 novembre 1884. Pas d'antécédents de cancer ou de croûtes séniles chez ses ascendants.

Vers l'âge de 14 ans, un petit bouton est apparu sur la joue droite, quelques années après il a été brûlé et il en reste une petite cicatrice de 2 millimètres La lésion de l'angle de l'œil droit sur laquelle nous allons avoir à revenir est apparue vers 20 ans : elle existait depuis plusieurs années quand la malade s'est mariée à 22 ans. Puis ont apparu successivement : un petit bouton à l'aile gauche du nez qui a grandi, s'est recouvert d'une croûte mince et a été enlevé chirurgicalement il y a 4 ou 5 ans, laissant une notable déformation cicatricielle de l'aile et du lobule du nez ; un bouton sur la joue gauche qui est survenu il y a quelques années et a été opéré, laissant une cicatrice.

La peau de la face est fine et souple, sans hypertrophie des glandes sébacées ; cependant on remarque à la partie supérieure de la face un grand nombre de grains jaunâtres d'un demi-millimètre de diamètre qui paraissent être de minimes kystes sébacés.

La lésion apparue il y a 20 ans à l'angle interne de l'œil droit est restée très longtemps stationnaire sans suintement, ni croûte. Opérée il y a une quinzaine d'années, elle a récidivé puis a graduellement envahi l'angle de l'œil malgré des cautérisations au nitrate d'argent et au chlorate de potasse. Au commencement de l'année courante la lésion n'atteignait encore que la partie interne des deux paupières, mais en janvier et février elle a commencé à grandir rapidement et a détruit l'œil.

Actuellement un ulcère occupe tout l'orbite et atteint en dedans la ligne médiane ; il pénètre profondément dans la cavité orbitaire ; l'œil, réduit de moitié, tapissé par le néoplasme, est refoulé dans l'angle externe de l'orbite.

Le fond de l'ulcère est d'un rouge terne avec une surface finement mamelonnée, ferme, sécrétant un liquide incolore, ne saignant pas au toucher ; la surface ulcérée adhère aux parois osseuses de l'orbite : le bord taillé à pic se continue avec le fond excavé. Il est entouré d'un bourrelet de 2 millimètres de large, de 1 millimètre de saillie, recouvert d'un épiderme mince, tendu, rougeâtre, terne, sillonné de veinules dilatées, de consistance dure et ligneuse. Ce bourrelet se continue avec la nappe qui forme le fond de l'ulcère et forme sur la peau saine un ressaut facile à sentir au doigt : l'ulcère représente une écuelle enchâssée dans l'orbite et dont les bord saillants seraient recouverts par l'épiderme dur et tendu. Les veinules cutanées du voisinage sont notablement dilatées. Douleurs très vives depuis que la maladie est devenue envahissante.

Extirpation au thermo-cautère de toutes les parties malades.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agit de la forme trabéculaire de l'ulcus rodens. Le stroma est abondant et presque partout fibreux et peu infiltré de cellules.

L'ulcus rodens est donc un épithélioma de l'âge mûr plutôt que de la vieillesse. L'âge moyen du début est inférieur à celui des autres formes de cancer de la peau, qui serait de 55 ans d'après Roger Williams. Si l'on met à part les cas de xeroderma pigmentosum, lesquels ne donnent pas naissance à l'ulcus rodens, il est de toutes les formes d'épithélioma cutané celui qui se voit le plus souvent dans la jeunesse.

Hérédité. — Elle est fort rare, nous ne l'avons observée qu'une fois, chez une mère et son fils (obs. XXII), bien que nous ayons souvent interrogé les malades sur ce point. L'hérédité est également signalée dans l'observation de Hutchinson que nous avons citée plus haut. C'est encore une particularité à opposer aux autres formes d'épithélioma de la face où l'hérédité n'est pas rare.

Conditions de milieu. — L'épithélioma vulgaire de la peau est généralement consécutif à la kératose sénile dont il est l'aboutissant; à ce titre les circonstances extérieures jouent un grand rôle dans sa production. L'un de nous a montré que la kératose sénile et l'épithéiomatose de la face et des mains s'observent beaucoup plus rarement hez les citadins et les gens qui travaillent sous un toit et à l'ombre que chez les campagnards et les gens que leur profession expose aux intempéries et notamment au soleil (1). Ces conditions ne jouent aucun rôle dans la production de l'ulcus rodens, qui s'observe tout autant chez les gens de la ville que chez ceux de la campagne, tout autant dans les professions abritées que dans celles qui sont exposées au grand air. C'est la forme d'épithélioma de la face la plus fréquente dans les villes et l'on comprend qu'elle soit au moins aussi commune chez la femme que chez l'homme.

Lésions précancéreuses. — La kératose sénile, pas plus que son équivalent juvénile, le xeroderma pigmentosum, ne donne naissance à l'ulcus rodens. Nous n'avons pas pu trouver d'observation de cette forme d'épithélioma dans le xeroderma pigmentosum. Nous n'avons non plus jamais vu clairement naître l'ulcus rodens sur une plaque de kératose sénile, mais certains de nos malades avaient de la kératose sénile de la face ou étaient issus de parents ayant eu beaucoup de croûtes séniles ou des épithéliomas végétants de la face.

Traumatisme. — Dans un certain nombre de cas les malades font remonter le début de leur tumeur à un traumatisme. Bowlby mentionne six cas où l'ulcus rodens se serait développé à la suite d'une plaie. Dans une observation de F. T. Paul, un homme se fait à 19 ans une plaie du rebord orbitaire inférieur; la plaie ne guérit pas et persiste à l'état d'ulcère; au bout de 13 ans on excise cet ulcère, mais il récidive deux ans après, toujours sous forme d'ulcère à bords indurés. Nouvelle opération; l'examen microscopique montre la structure de l'ulcus rodens. Nouvelle rechute, cette fois sous forme de tumeur qui à 43 ans a envahi le côté gauche de la face. L'examen microscopique montre encore la structure typique de l'ulcus rodens.

Le début à la suite d'une plaie est relevé dans notre obs. I ainsi que dans l'observation suivante.

(1) W. DUBREUILH. Des hyperkératoses circonscrites. *Annales de Dermatologie* 1896, p. 1158.

Obs. IV. — Mme D..., âgée de 69 ans, a reçu il y a un an et demi ou deux ans un coup sur le nez. Il en résulta une plaie couverte d'une croûte qui persista fort longtemps malgré diverses cautérisations ; enfin il y a un an la croûte finit par tomber, laissant à sa place les lésions actuelles.

Sur le côté gauche du lobule du nez se trouve une petite tumeur du volume d'une lentille, d'un rose jaunâtre, de consistance ferme et recouverte d'un épiderme mince un peu squameux. Au-dessus se trouve une petite dépression cicatricielle, vestige probable du traumatisme ; enfin juste au-dessus de la cicatrice sont deux nodules un peu saillants de la même couleur que la peau normale. L'ensemble du groupe ne dépasse pas un centimètre de diamètre.

On excise la plus grande partie du nodule inférieur et on racle les nodules supérieurs. Ceux-ci sont constitués par un tissu très friable qui remplit une dépression en godet creusée dans le derme.

Examen histologique. — Le néoplasme, limité profondément par une membrane fibreuse, affecte le type trabéculo-alvéolaire. Les cellules épithéliales des travées et des alvéoles ne présentent aucune particularité notable.

Quatre autres malades ont accusé une écorchure accidentelle d'avoir été la cause occasionnelle de leur ulcus rodens, mais il est probable que dans un certain nombre de cas il existait depuis plus ou moins longtemps un nodule épithéliomateux, mais qu'il n'a été remarqué qu'après une écorchure accidentelle facilitée elle-même par la friabilité du tissu.

Un nævus peut quelquefois être le point de départ d'un ulcus rodens, bien que, habituellement, la dégénérescence des nævi aboutisse à une forme de cancer toute différente. Des cas sont rapportés par Bowlby, Bidwell, Clutton. Dans le cas de Bidwell le nævus datant de l'enfance siégeait au-devant de l'oreille droite ; l'ulcus rodens survenu à 71 ans a détruit une partie seulement du nævus.

Dans quatre de nos observations nous apprenons que l'ulcus rodens s'est développé sur un nævus mou, pigmenté ou velu, souvent à la suite d'une écorchure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme nous le verrons dans la description clinique, l'ulcus rodens peut se présenter sous forme d'ulcère ou sous forme de nodule non ulcéré qui en constitue le début habituel et qui peut persister très longtemps. Les caractères morphologiques des cellules néoplasiques, leurs rapports réciproques, leur mode de groupement, leur évolution qui constituent en quelque sorte la signature anatomique de cette variété de néoplasme sont les mêmes aux deux périodes. Aussi n'y a-t-il pas lieu de faire une double description : la seconde ne serait guère que la répétition de la première.

Dans cette étude anatomique qui repose sur l'examen d'une cinquantaine de cas, nous suivrons la marche normale de la tumeur. Nous ferons d'abord la description histologique du néoplasme non ulcéré. Cette description s'adapterait tout aussi bien à l'ulcus rodens, mais à agir ainsi nous trouvons plusieurs avantages : avant l'ulcération les lésions conservent mieux leurs relations réciproques, les divers ordres d'altérations irritatives et surtout dégénératives des cellules épithéliales ne sont pas troublés par la destruction et la disparition progressive des tissus ; enfin et surtout il est possible d'étudier les lésions du début et leurs relations avec l'épiderme et ses dépendances.

Nous étudierons ensuite les modes d'ulcération du néoplasme, puis, sans revenir sur la description générale des lésions, nous passerons successivement en revue les caractères de la surface ulcérée de l'ulcus rodens, des bords de l'ulcération, du processus ulcéreux et des modes de destruction des tissus que le néoplasme rencontre dans sa marche progressivement envahissante.

I. Stade nodulaire. — *Siège.* — L'ulcus rodens au début est toujours très superficiel. Il siège dans la zone papillaire et dans le derme proprement dit. Même lorsqu'il acquiert un certain volume il ne pénètre que peu ou pas dans l'hypoderme. Son développement se fait surtout vers l'extérieur, aussi la saillie qu'il détermine est-elle d'autant plus accentuée qu'il est plus volumineux.

Limites. — Ses limites sont en général assez nettes, bien que ne possédant pas de membrane d'enveloppe proprement dite, au moins dans la majorité des cas. Par suite de son développement, il repousse vers la profondeur le tissu conjonctif de la région profonde du derme ou de la zone la plus superficielle de l'hypoderme. Ainsi refoulé, ce tissu fibreux se tasse, ses fibres deviennent parallèles entre elles et à la périphérie de la tumeur et il en résulte la formation d'une sorte de sangle fibreuse qui peut être plus ou moins épaisse. Sur les parties latérales du néoplasme le tissu conjonctif du derme est parfois aussi refoulé et forme une membrane beaucoup moins nette et moins épaisse que vers la profondeur et qui d'ailleurs n'est que la prolongation et la terminaison de cette dernière. Assez souvent cette membrane fibreuse latérale manque, et le néoplasme disparaît peu à peu dans le tissu normal du derme.

La membrane limitante profonde siège à la limite du derme ou dans la région superficielle de l'hypoderme, aussi trouve-t-on toujours les pelotons des glandes sudoripares soit dans cette membrane fibreuse, soit au-dessous d'elle.

Dans un cas, cette membrane, formée de tissu fibreux excessivement dense, se continuait avec les mêmes caractères sur les parties latérales du néoplasme, arrivait jusque dans la zone papillaire et constituait une véritable enveloppe très solide percée de loin en loin

de quelques petites ouvertures destinées à laisser passer de rares vaisseaux sanguins.

Architecture générale. — L'architecture générale de ces tumeurs est très variable. Tantôt de la membrane limitante profonde partent plusieurs larges travées fibreuses qui se dirigent soit normalement, soit obliquement, vers la surface et délimitent ainsi plusieurs territoires ou *lobules* très nettement distincts. Ces lobules ont des formes variées ; souvent ils sont ovalaires ou triangulaires et ont alternati-

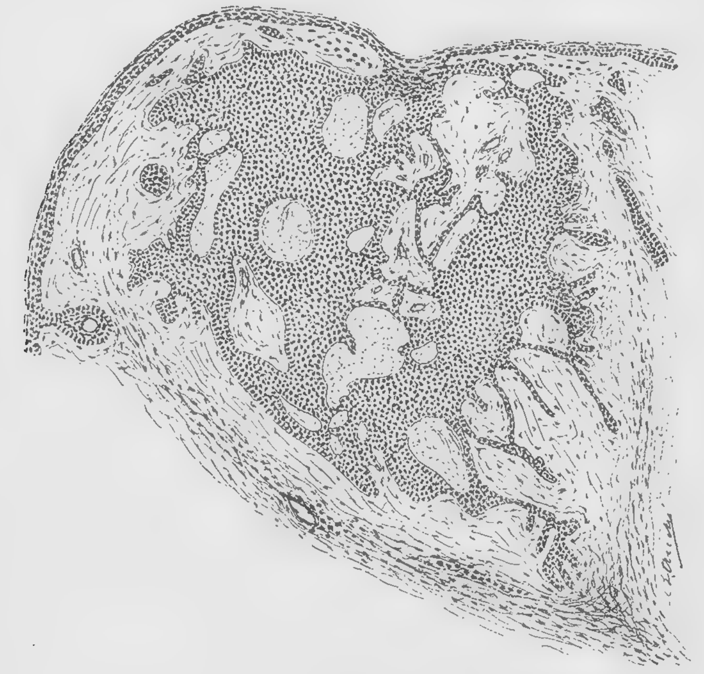


FIG. 1. — (Leitz, oc. 3, obj. 2.) — *Type acineux de l'ulcus rodens à l'état nodulaire.* (Obs. XV.)

Au centre de la couche épidermique, un pédicule réunit la nappe néoplasique à l'épiderme. La nappe épithéliomateuse à contours très déchiquetés renferme des kystes et un stroma conjonctif formant des îlots de forme variable. De petits îlots épithéliomateux sont isolés de la grande masse néoplasique ; les coupes en série montrent qu'ils vont se réunir avec elle après un trajet plus ou moins détourné. Une zone fibreuse sous-tend la tumeur à sa partie inférieure.

vement leur grosse extrémité dirigée vers la profondeur et la surface de façon à remplir complètement l'espace réservé à l'ensemble du néoplasme. Dans chaque lobule existent une vaste nappe épithéliale à contours presque arrondis ou très irréguliers et généralement un ou plusieurs petits îlots qui gravitent autour du précédent.

D'autres fois les petits îlots empiètent sur la travée conjonctive interlobulaire et il devient difficile d'apprécier au premier abord à quel lobule ils appartiennent.

Souvent enfin, la disposition lobulaire n'existe pas; les îlots épithéliomateux, grands et petits, sont disposés sans ordre, dirigés et anastomosés en tous sens.

Quoi qu'il en soit de cette architecture générale, l'ulcus rodens, comme tous les épithéliomas, est formé de deux ordres de tissus, tissu épithélial et tissu conjonctif, très inégalement et très irrégulièrement enchevêtrés.

TISSU ÉPITHÉLIAL. — Le tissu épithélial est disposé sous des aspects très variables, qu'on peut ramener à trois principaux pour la commodité de la description, tout en faisant remarquer que ces types ne sont jamais purs et qu'ils s'associent toujours dans des proportions différentes. Ce sont : le *type acineux*, le *type alvéolaire*, le *type trabéculaire*.

a) *Type acineux*. — Dans les préparations, le tissu épithélial se présente sous forme d'une ou plusieurs très grandes nappes cellulaires de forme variable suivant l'espace réservé à chacune d'elles pour son développement. Leur forme générale est tantôt arrondie ou ovalaire, tantôt triangulaire ou aplatie par suite de la résistance qu'elles éprouvent de la part des nappes voisines. Leur pourtour est toujours très irrégulier : ici il est creusé de golfes profonds qui pénètrent très loin dans la nappe épithéliale; là ce sont de simples dépressions ; ailleurs ce sont des bourgeons irréguliers qui vont former des presqu'îles de forme et de volume excessivement variables (fig. 1). Autour de cette nappe se trouvent toujours quelques îlots isolés, mais en étudiant des coupes en série on rencontre presque toujours la travée ou isthme qui les réunit à la masse principale.

FIG. 2. — (Leitz, oc. 3, obj. 2). — *Autre type acineux de l'ulcus rodens*. (Obs. XVII.)

Une nappe épithéliomateuse circonscrit des kystes ; des bourgeons néoplasiques partant de cette nappe épithéliomateuse donnent à l'ensemble de la préparation un aspect acineux.

D'autres fois la nappe épithéliale est beaucoup plus découpée et formée d'une masse centrale d'où partent deux, trois, ou un plus grand nombre de gros bourgeons ramifiés ou non qui donnent à l'ensemble un aspect beaucoup plus nettement acineux (fig. 2).

En multipliant les coupes en série on arrive toujours à trouver un pédicule plus ou moins large unissant la nappe épithéliale à l'épiderme. Ce pédicule est en général fort court.

Les grandes nappes épithéliales ne sont pas en général uniformes et continues ; elles contiennent des îlots et des travées de tissu conjonctif ou muqueux, des kystes de volume, de nature et de structure variables, et les différentes altérations cellulaires communes à tous les types (fig. 1).



Fig. 3. — (Leitz, oc. 3, obj. 2.) — *Type alvéolaire de l'ulcus rodens.* (Obs. XIV.) Les alvéoles sont de forme et de volume variables ; de grands alvéoles renferment une cavité kystique à leur centre ; ces kystes sont produits par une nécrose en masse ; dans leur intérieur, on trouve un détritus granuleux au milieu duquel on rencontre quelques débris de noyaux ; des lacunes situées entre les amas alvéolaires épithéliaux et les travées conjonctives du stroma ont été produites mécaniquement par la rétraction des tissus sous l'influence des réactifs fixateurs.

Elles sont, en général, circonscrites par de larges travées fibreuses donnant à la tumeur l'aspect lobulé déjà décrit. Aussi, ce type ne se rencontre-t-il que dans les épithéliomas peu avancés ou à la périphérie de ceux qui ont pris un plus grand développement. Par suite de leur accroissement, en effet, les bourgeons partis des bords de la nappe centrale s'allongent, pénètrent dans les travées fibreuses, les

perforent et s'enchevêtrent ou s'anastomosent avec les bourgeons partis des lobules voisins, si bien que la disposition acineuse arrive souvent à disparaître dans les parties centrales les plus avancées de la tumeur.

b) *Type alvéolaire.* — Le tissu épithélial se montre sous forme de nappes épithéliales rondes, ovalaires ou irrégulières, mais sans cet aspect de glande acineuse ou de carte de géographie qui vient d'être décrit. Quelques tumeurs sont presque exclusivement constituées par des alvéoles grands ou petits irrégulièrement distribués et souvent anastomosés entre eux (fig. 3). Ailleurs cet aspect ne se rencontre que dans la portion centrale du néoplasme, la périphérie présentant plutôt le type acineux. Sur les coupes en série on se rend facilement compte que ces alvéoles sont réunis les uns aux autres par des tractus

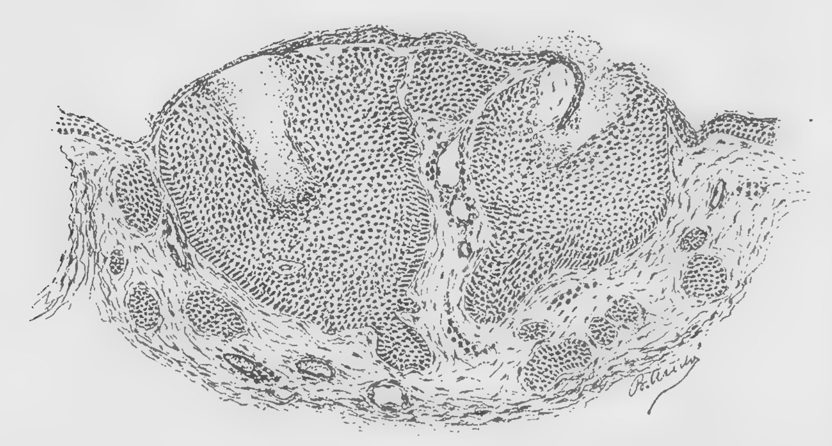


Fig. 4. — (Leitz, oc. 3, obj. 2.) — *Ulcus rodens nodulaire du type alvéolaire.* (Obs. XV.) Outre de petits alvéoles épithéliomateux, on voit de grands alvéoles adhérents à l'épiderme, formés par la prolifération des cellules des follicules pileux et terminés profondément par une espèce de mamelon qui n'est autre chose qu'un bulbe plein très légèrement modifié ; ces grands alvéoles renferment des cavités kystiques dont l'une est fermée complètement par une languette épidermique très mince, tandis que celle de l'autre kyste est rompue et recourbée vers l'intérieur de la cavité kystique.

épithéliaux quelquefois très fins, et qu'ils ne représentent souvent qu'une section transversale ou oblique d'un boudin épithélial plus ou moins sinueux ou contourné. De la sorte on arrive à se convaincre qu'un certain nombre d'alvéoles, en communiquant les uns avec les autres, forment un système épithélial à ramifications longues et très tortueuses, réuni à l'épiderme par un pédicule plein et inséré sur le collet d'un follicule pileux, sur la paroi d'un kyste épidermique, plus rarement sur la gaine d'un poil.

Parfois le néoplasme, du fait de son mode de développement, prend tout de suite le type alvéolaire, comme dans la fig. 4, où l'épithélioma prend naissance vers l'extrémité profonde du collet du follicule et sur la portion supérieure de la gaine et où l'accroissement se fait

à peu près régulièrement en tous sens. D'autres fois le début se fait d'après le type acineux ; le type alvéolaire apparaît plus tard par anastomose des différentes nappes cellulaires et dissociation de celles-ci par des tractus conjonctifs.

Dans les nappes alvéolaires on peut voir des îlots et des travées de tissu conjonctif ou muqueux, différentes variétés de kystes et des altérations cellulaires d'ordres divers.

c) *Type trabéculaire.* — Les cellules sont disposées sous forme

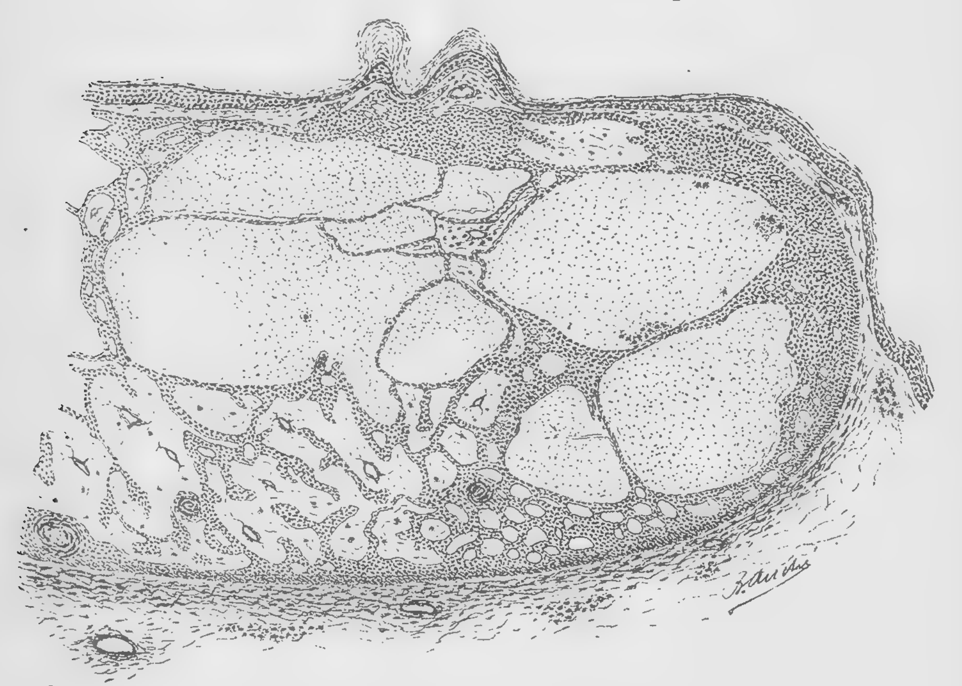


Fig. 5. — (Leitz, oc. 3, obj. 2.) — *Ulcus rodens nodulaire du type trabéculaire et kystique.* (Obs. V.)

A la partie inférieure de la figure, les trabécules épithéliales sont irrégulièrement anastomosées, du tissu muqueux formant le stroma sépare les trabécules ; on y voit aussi de très nombreux petits kystes et quelques globes perlés à la partie inférieure, de grands kystes sont séparés par des travées épithéliales étroites et contiennent une substance granuleuse dans laquelle se trouvent quelques cellules moins altérées et quelques fragments de noyaux.

de travées minces ou épaisses, longues ou courtes, rectilignes ou très contournées, qui s'anastomosent entre elles ou qui réunissent entre eux des alvéoles plus ou moins espacés. Ces travées sont toujours pleines, mais par suite de l'altération de leurs éléments elles peuvent contenir quelques petites cavités ou circonscrire des kystes de nature variable. Quelques tumeurs peuvent présenter à peu près exclusivement le type trabéculaire (fig. 5).

Comme il a déjà été dit, ces divers types se rencontrent le plus sou-

vent associés, mais généralement avec prédominance de l'un ou de l'autre. Le type le plus fréquent est le type trabéculo-alvéolaire.

Caractères des cellules. — Les cellules qui forment ces tumeurs présentent des caractères très particuliers et bien différents de ceux des éléments des autres variétés d'épithéliomas, notamment de l'épithélioma à évolution épidermique. Les cellules qui forment la couche la plus externe des amas épithéliaux sont ordinairement cylindriques, cylindro-cubiques ou cubiques. Elles sont formées d'un protoplasma clair, peu granuleux, assez bien coloré, entourant un noyau rond ou ovalaire, fortement teinté par les colorants nucléaires. Leur volume est à peu près égal ou légèrement inférieur à celui des cellules génératrices de l'épiderme. Elles sont séparées les unes des autres par une ligne claire non striée.

Plus en dedans, elles ont des formes variables ; elles sont presque arrondies, polyédriques, en raquette, ou allongées et fusiformes. Elles sont peu volumineuses et ne dépassent guère 15 à 18 μ de diamètre ; souvent elles sont plus petites. Elles sont formées par un noyau relativement volumineux, arrondi ou ovalaire, bien coloré, assez riche en chromatine, pourvu d'un nucléole très visible, et par une masse protoplasmique finement granuleuse, prenant assez bien les matières colorantes. Leurs limites sont souvent indistinctes ou très peu nettes. Souvent aussi elles sont séparées les unes des autres par des lignes claires. Parfois celles-ci sont très étroites et il est impossible d'y voir trace de striation transversale. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ont insisté sur l'absence de filaments d'union entre les cellules. Cependant quelquefois les lignes claires sont un peu plus larges et l'objectif à immersion permet d'y reconnaître très nettement la présence de fines stries réunissant les masses protoplasmiques des cellules voisines. Ces stries sont moins rapprochées et moins régulières que celles qui sont situées entre les cellules épidermiques normales et celles des épithéliomas à évolution épidermique. Nous n'avons pas pu les suivre dans le corps des cellules. Pour les bien voir il faut employer l'objectif à immersion et examiner des coupes très fines et bien colorées. Le mode de fixation a peu d'importance. Le procédé de Kromayer ne les met pas particulièrement en évidence. Elles sont bien visibles sur les préparations colorées à l'hématéine et à l'éosine, à condition que la coloration à l'éosine soit poussée un peu loin et que les coupes soient ensuite bien lavées et rendues très transparentes à l'aide de l'essence de girofle.

Dans quelques alvéoles les cellules se disposent parfois en faisceaux cellulaires, d'ailleurs toujours assez peu accentués et dirigés dans des sens différents. Entre eux, lorsqu'ils existent, ou irrégulièrement distribuées entre les éléments de l'alvéole, quand ils n'existent pas, se trouvent quelquefois des cellules épithéliales très allongées,

pourvues d'un noyau très long et très étroit, uniformément et fortement teinté. Disposées en file sur une, deux ou trois rangées, ces cellules sont irrégulièrement distribuées, mais elles attirent toujours le regard par leur aspect tout à fait différent du reste des cellules de l'alvéole.

La présence du glycogène n'a pu être constatée dans les cellules néoplasiques.

Processus de multiplication. — Les cellules de cette variété d'épithélioma ne se multiplient pas avec une grande rapidité, ainsi qu'en témoignent l'accroissement très lent de la tumeur et le peu de fréquence des *figures karyokinétiques*. Celles-ci ne sont pas cependant très rares; on en trouve facilement un certain nombre, et cette abondance relative contraste même au premier abord avec la bénignité de ces néoplasmes.

Parfois, disséminés au milieu des cellules de la tumeur, on trouve des éléments volumineux constitués par une masse protoplasmique à contours irréguliers, anguleux, parfois arrondis, colorée en jaune vif plus intense que le protoplasma des cellules voisines par le Van Gieson, en rouge plus intense par l'éosine, au centre de laquelle existe un amas de 4, 6, 10 noyaux nucléolés, excessivement tassés et souvent difficiles à distinguer les uns des autres. Dans quelques cas ces *cellules polynucléées* sont entourées par 2, 3 ou 4 cellules aplaties à noyau plat, à protoplasma coloré comme celui de l'élément nucléé, donnant l'apparence d'un globe perlé en miniature.

Processus de dégénérescence. — Le processus de multiplication est contrebalancé par les nombreux processus de dégénérescence cellulaire que l'on rencontre dans ces tumeurs. Un des plus communs et qui ne nous paraît pas avoir été décrit consiste dans *l'atrophie stellaire suivie de la mort et de la disparition de la cellule.* C'est un processus essentiellement mono-cellulaire, c'est-à-dire frappant généralement les cellules isolément et non en blocs plus ou moins étendus. Voici en quoi il consiste.

Dans les cellules les moins altérées le protoplasma est diminué de volume, comme rétracté. De son pourtour, légèrement festonné, partent des filaments nombreux et très fins qui vont se perdre dans le protoplasma des cellules voisines et représentent les filaments d'union déjà signalés, mais rendus plus visibles par la rétraction de la cellule (fig. 6). Entre ces filaments on ne peut colorer aucune espèce de substance. A un degré plus avancé, le noyau de la cellule est diminué de grosseur, la chromatine est moins abondante ou simplement moins colorée, le nucléole disparaît; le protoplasma, encore bien coloré, s'est considérablement rétracté, collé en quelque sorte sur le noyau; de son contour irrégulier, épineux, se détachent des filaments moins nombreux et par conséquent plus espacés, qui vont rejoindre le protoplasma des cellules voisines. Plus tard le noyau devient plus petit, très pâle et lanfiement disparaît. On ne trouve plus alors à la place de la cellule

qu'un simple petit amas stellaire de substance protoplasmique, quelquefois presque punctiforme, d'où partent dans trois, quatre ou cinq directions des filaments qui vont se perdre dans les cellules du voisinage. On ne voit rien dans l'intervalle de ces filaments (fig. 7). Lorsque deux ou plusieurs cellules ainsi altérées sont situées côte à côte, il en résulte un espace clair dans lequel on distingue encore un fin réticulum formé par les filaments des cellules atrophiées. Lorsque les espaces clairs s'agrandissent, les filaments disparaissent dans le centre et alors c'est une véritable lacune vide sur les bords de laquelle on retrouve encore la présence de quelques filaments. Quelquefois une cellule peut avoir résisté plus longtemps que les voisines, et alors, dans la lacune, maintenue par un réseau filamenteux très délicat, se trouve une cellule formée d'un noyau et d'une couche protoplasmique plus ou moins amincie.

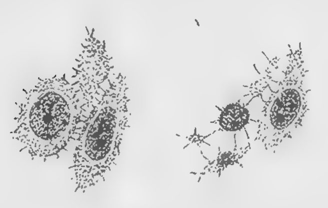


Fig. 6. — (Zeiss, immersion homogène, oc. 12.) — *Filaments unissant les cellules néoplasiques.*

Fig. 7. — (Zeiss, immersion homogène, 30 mm. oc. 12.) — *Différents stades de l'atrophie stellaire.*

Ce processus de dégénérescence explique *l'état criblé ou fenêtré* qu'on observe dans quelques alvéoles.

Mais là ne sont pas les seules lésions cellulaires observées. On rencontre notamment une sorte de *nécrose en masse*, intéressant une portion plus ou moins étendue du centre d'un alvéole et pouvant déterminer la formation d'une variété de cavités kystiques. Au degré le moins avancé on voit se dessiner vers la région centrale d'un grand alvéole un îlot qui, à un faible grossissement, sur les coupes colorées à l'hématéine-éosine, se caractérise par une teinte de fond plus foncée et par une grande abondance de noyaux noirâtres à contours un peu vagues et, sur les préparations traitées par le Van Gieson, par une teinte rouge jaunâtre avec des noyaux uniformément rouge brique très foncé. Avec un fort grossissement, le protoplasma est plus opaque, plus coloré en rouge par l'éosine, un peu diminué de volume ; le noyau est lui aussi un peu plus petit que celui des cellules de voisinage ; il est rond, ovalaire ou régulier et uniformément coloré en noir. Les noyaux sont plus nombreux et plus rapprochés que dans les régions voisines. Avec le Van Gieson, le protoplasma est d'un jaune grisâtre plus foncé que dans les cellules normales ; le noyau, au lieu d'être gris avec un ou deux nucléoles rouge brique, est uniformément et fortement coloré en rouge brique foncé. Les limites de ces îlots sont vagues, les cellules altérées se trouvant intriquées avec les cellules saines. A un stade plus avancé, les lésions se modifient un peu : au sein d'un protoplasma opaque, sans limites cellulaires, se trouvent des noyaux très rap-

prochés, très serrés, uniformément noirs, les uns intacts, les autres réduits en fragments irréguliers, plus ou moins volumineux. Dans ce bloc nécrotique se produisent des fissures, et, à la périphérie, une sorte de clivage qui le sépare de la périphérie, véritable sillon d'élimination qui laisse parfois en dehors un certain nombre de cellules altérées et dont les bords sont très irréguliers. — Plus tard, les cellules se détruisent de plus en plus; le noyau se fragmente; les fragments nucléaires disparaissent progressivement ; le protoplasma tombe en détritus granuleux et alors on ne trouve plus qu'une substance granuleuse remplissant incomplètement la cavité et au sein de laquelle se voient encore quelques cellules nécrosées, des noyaux et des fragments de noyaux. Finalement il n'y a plus qu'une cavité irrégulière à bords déchiquetés, formés de cellules normales plus ou moins disloquées et entremêlées de cellules nécrosées. Sur cette paroi reposent des débris cellulaires et nucléaires (fig. 8).

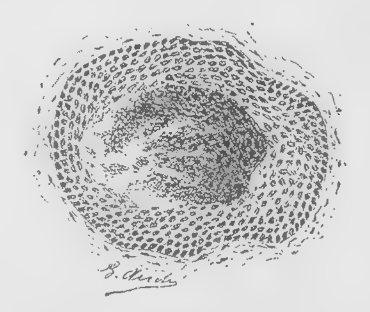


FIG. 8. — (Leitz, oc. 3, obs. 4.) *Cavité kystique produite au centre d'un alvéole épithéliomateux, par le processus de nécrose en masse.*

Ces îlots de nécrose et ces kystes occupent presque toujours la partie centrale des grands alvéoles épithéliomateux ; exceptionnellement ils sont situés sur un côté ; ils peuvent même atteindre la périphérie. Leur volume est variable et sans rapport très direct avec l'étendue de l'alvéole. Lorsqu'ils sont tout à fait centraux, ils sont entourés par un anneau épithélial comprenant 6, 8, 10, ou un plus grand nombre de couches cellulaires.

Il s'agit d'une *nécrose massive pure*, due à l'insuffisance d'apport des matériaux nutritifs.

Dans d'autres tumeurs on rencontre encore des altérations différentes des précédentes. Ici les cellules deviennent tout d'abord plus volumineuses; elles sont fort mal limitées, polyédriques ou irrégulières. Elles sont formées d'un protoplasma peu granuleux, opaque, plus fortement coloré par l'éosine que celui des cellules voisines et d'un noyau arrondi, allongé ou irrégulier, nucléolé, un peu plus faiblement coloré que celui des éléments sains. Plus tard les blocs protoplasmiques, toujours opaques et peu granuleux, deviennent irréguliers, diminuent de volume et sont souvent impossibles à délimiter. Les noyaux se ratatinent, se colorent de plus en plus difficilement et disparaissent dans beaucoup d'amas protoplasmiques ou ne sont plus représentés que par quelques grains irréguliers, peu colorés. Lorsqu'un grand nombre de cellules voisines ont subi cette altération, elles se transforment

finalement en une masse irrégulièrement arrondie, à bords parfois déchiquetés, constituée par une substance opaque analogue à celle des blocs sans noyau qui viennent d'être décrits et dans laquelle sont dispersés quelques rares noyaux, très peu colorés, à contours flous. Il n'y a pas trace de limites cellulaires, mais seulement quelques fissures entrecroisées.

Cette masse nécrotique peut se détacher du reste de la nappe épithéliale sur une étendue plus ou moins grande de sa périphérie. A ce niveau les cellules du manchon qui l'entoure sont aplaties sur trois ou quatre rangées, tandis que plus en dehors elles reprennent leur aspect ordinaire. Les cellules continuant à se désagréger, il en résulte parfois la formation de cavités kystiques à bords irréguliers, contenant dans leur intérieur les restes des cellules détruites.

Parfois les cellules ainsi altérées sont plus discrètes et, intriquées avec des cellules saines, elles sont maintenues dans leur situation et n'arrivent pas à se désagréger et former des cavités.

Il s'agit là d'un processus différent de celui décrit précédemment et rappelant les lésions de la *nécrose de coagulation.*

La *dégénérescence hyaline* n'est ni très fréquente, ni très étendue dans les épithéliomas pavimenteux à petites cellules. Elle se présente tantôt sous forme de petits blocs transparents, colorés en rouge par le Van Gieson, situés dans le protoplasma cellulaire, à côté du noyau plus ou moins refoulé ; tantôt sous forme d'anneau entourant le noyau dont il est séparé par un fin liséré ; tantôt sous forme d'une masse arrondie ou ovalaire, d'un volume égal ou un peu supérieur à celui d'une cellule, mais sans trace de noyau ni de protoplasma. Quelquefois, mais très rarement, ces blocs de substance homogène, sans structure, d'aspect vitreux, à contours arrondis, donnant les réactions de l'hyaline, atteignent le volume de deux ou trois cellules, ou même deviennent beaucoup plus volumineux et mesurent de 60 à 100 millièmes de millimètre de diamètre. Les cellules qui les entourent sont ou normales ou légèrement aplaties. Ailleurs enfin les masses hyalines peuvent être beaucoup plus volumineuses, mais elles sont irrégulières, allongées, à contours polycycliques. Elles sont formées par la coalescence de blocs voisins qui parfois sont encore incomplètement fusionnés et séparés en quelques points par une mince cloison formée de cellules très aplaties situées bout à bout. Il s'agit alors de véritables lacunes kystiques remplies de substance hyaline due à la dégénérescence des cellules épithéliales de la tumeur. Lorsque des kystes d'autre nature se développent dans le voisinage, il peut arriver que les lacunes hyalines s'ouvrent dans ceux-ci.

La dégénérescence cornée n'existe pas dans la plupart des cas. On la rencontre cependant dans quelques observations. Nous y reviendrons à l'occasion des globes perlés.

Globes perlés. — L'absence de globes cornés est, d'une façon générale, un des principaux caractères de l'ulcus rodens et les auteurs sont unanimes sur ce point. On en rencontre cependant dans quelques cas rares, mais ils ne sont jamais aussi nets ni aussi volumineux que dans l'épithélioma à évolution épidermique.

La disposition aplatie et concentrique des cellules qui les constituent s'observe dans des circonstances diverses. Tantôt, ainsi qu'il a été déjà dit, c'est une grosse cellule polynucléée qui en forme le centre et autour de laquelle se disposent trois, quatre ou un plus grand nombre de cellules aplaties. Ce sont là de simples globes en miniature.

D'autres fois le centre du globe est formé par deux ou trois blocs de substance homogène, brillante, transparente, colorée fortement en jaune par le Van Gieson, en rouge avec l'éosine hématoxylique. Très petits, du volume du tiers, de la moitié d'une cellule, ces blocs, ronds ou ovalaires, contiennent parfois un ou plusieurs grains noirâtres, de volume inégal, représentant des débris nucléaires. Tout autour se trouve un petit nombre de cellules plates mal limitées, à protoplasma transparent, renfermant un noyau aplati, petit, ou seulement quelques fragments nucléaires. Plus en dehors existent deux ou trois couches de cellules aplaties disposées concentriquement et plus loin les cellules ordinaires du néoplasme. Ailleurs, autour des blocs centraux de kératine sont situées quelques lamelles superposées également kératinisées, puis des cellules plates, et enfin les cellules néoplasiques ordinaires.

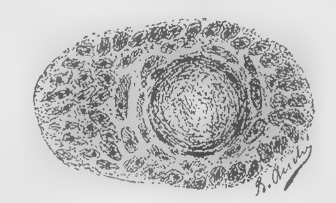


Fig. 9. — (Leitz, oc. 3, obj. 7.) — *Globe perlé.* (Obs. V.)
Bordure de cellules néoplasiques ordinaires, entourant une couche de cellules épithéliales très aplaties kératinisées, au centre de laquelle est un amas sans structure.

Dans les globes les plus volumineux le centre est formé d'une masse sans structure, fixant mal toutes les matières colorantes, entourée d'une couche plus ou moins épaisse de lamelles kératinisées (fig. 9). Dans quelques-uns ce centre est calcifié.

Au lieu des blocs présentant les réactions de la kératine, on peut trouver au centre des globes perlés quelques petits amas de substance hyaline.

Kystes. — Les kystes, que l'on rencontre fréquemment dans l'ulcus rodens, sont d'ordre et d'aspect très divers.

Les uns sont dus à l'atrophie cellulaire que nous avons étudiée et formés suivant le processus que nous avons indiqué. Le plus souvent il s'agit simplement de petites lacunes de forme irrégulière, déterminant, lorsqu'elles sont nombreuses, l'état criblé ou fenêtré des nappes épithéliales. Par leur coalescence elles peuvent cependant

arriver à produire des cavités plus grandes, véritables kystes à parois généralement inégales. On trouve d'ailleurs toute une série de formes transitoires entre les grands kystes et l'état fenêtré. Leurs parois sont très irrégulières. Par places ce sont des fragments du réseau filamenteux protoplasmique qui flottent dans la cavité et dont les mailles sont tantôt vides, tantôt remplies par une substance granu-



FIG. 10. — (Leitz, oc. 3, obj. 2.) — *Ulcus rodens, coupe de la périphérie de la tumeur.* La plus grande partie de la coupe est occupée par des pseudo-kystes résultant de la dilatation des infundibula folliculaires, et dans lesquels s'ouvrent des glandes sébacées ; sur le bord interne de l'un d'eux ou voit des bourgeons néoplasiques renfermant encore de rares cellules sébacées ; près de son bord externe, des alvéoles épithéliaux séparés sur la préparation, mais en réalité anastomosés entre eux et avec un bourgeon inséré à la partie supérieure de la paroi de l'infundibulum glandulaire dilaté ; un bourgeon néoplasique s'insère à l'angle de réflexion de l'épiderme vers l'infundibulum glandulaire.

leuse, teintée en rouge par l'éosine hématoxylique et qui n'est probablement que le détritus protoplasmique des cellules détruites. Ailleurs la paroi est formée par des cellules à protoplasma peu abondant, amorphe, à noyau uniformément noir, à peine rattachées aux cellules voisines par un fin prolongement protoplasmique. D'autres sont complètement libres dans la cavité et en voie de destruction plus ou moins avancée : le protoplasma peu abondant, transparent,

contient soit un noyau petit, irrégulier, noirâtre, soit seulement quelques fragments nucléaires; parfois ce ne sont plus que quelques blocs informes de protoplasma sans trace de noyau. Le centre de la cavité paraît parfois presque complètement vide; plus souvent il est occupé en partie ou en totalité par une nappe de très fines granulations dans laquelle se voient quelques blocs protoplasmiques sans noyau ou avec de petits fragments nucléaires.

Quelques grands kystes ont leurs parois plus régulières et formées de cellules légèrement aplaties parallèlement à la surface kystique. Dans quelques points seulement on trouve de rares cellules presque complètement détachées, flottant dans la cavité.

Beaucoup de lacunes kystiques, toujours d'un volume assez considérable, sont déterminées par le processus de nécrose en masse que nous avons déjà étudié. Leurs parois sont toujours irrégulières et déchiquetées (fig. 8).

A côté de ces diverses variétés de kystes il est indispensable de placer les *kystes épidermiques*, bien qu'ils ne soient pas le résultat direct de l'évolution des cellules néoplasiques. Ils sont d'ailleurs très fréquents et dans un cas leur abondance donnait un aspect clinique particulier à la lésion. Leur volume est toujours assez grand, quoique variable. Leur forme, sur la plupart des coupes, est arrondie ou ovalaire. Leur structure permet d'en décrire deux variétés : les *kystes à kérato-hyaline*; les *kystes sans kérato-hyaline*.

Les *kystes à kérato-hyaline* se présentent eux-mêmes sous deux aspects différents : les uns ont leurs parois constituées par les éléments de l'épiderme normal, c'est-à-dire de dedans en dehors par des lamelles cornées, des cellules plates à noyau allongé, des cellules à kérato-hyaline, des cellules à exoplasme épineux et les cellules de la couche génératrice. Les autres sont formés de dedans en dehors par des lamelles cornées, des cellules à kérato-hyaline disposées sur une, deux ou trois couches, et les cellules de la tumeur formant un manchon épithélial plus ou moins épais. Dans les deux cas la cavité est occupée par des lamelles cornées en plus ou moins grande quantité. Ces kystes, souvent très superficiels, sont d'autres fois profonds. Si on multiplie suffisamment les coupes en série, on les voit constamment s'ouvrir à la surface de l'épiderme et on reconnaît aisément qu'ils correspondent toujours à la section du collet des follicules pileux dilatés et allongés dans des proportions souvent considérables (fig. 10). Les kystes à structure épidermique représentent les régions les plus superficielles des collets folliculaires; les autres correspondent à des régions plus profondes où les cellules épidermiques ont fait place aux cellules néoplasiques.

Les *kystes sans kérato-hyaline* ont leurs parois formées de dedans en dehors par des lamelles épidermiques superposées, des cellules très aplaties disposées concentriquement et plus extérieurement par

les cellules de la tumeur. Ils prennent naissance au niveau des glandes sébacées, comme le démontrent certains kystes dont la paroi est formée en partie comme il vient d'être dit, en partie par les cellules des glandes sébacées dont les plus internes s'aplatissent, perdent leur graisse et se transforment en écailles (fig. 11).

Ils communiquent d'ailleurs le plus souvent avec les précédents, ainsi que l'indique l'étude d'un grand nombre de coupes en série. Ils prennent tous naissance de la même façon et ne représentent que des sections à des hauteurs différentes du collet folliculaire, de l'infundibulum des glandes sébacées ou des glandes sébacées creusées dans leur portion centrale d'une cavité kystique.

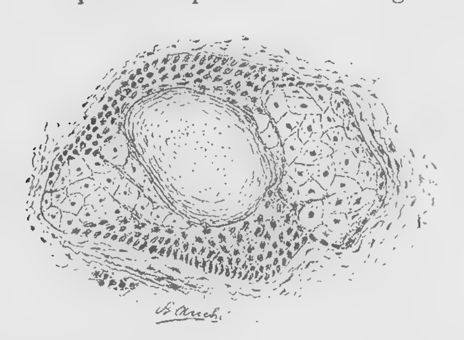


Fig. 11. — (Leitz, oc. 3, obj. 4.) — *Kyste épidermique sans kérato-hyaline.*

Sur la paroi interne du kyste, des lamelles épidermiques recouvertes en dehors par une couche de cellules aplaties disposées concentriquement ; en haut et en bas, on voit des cellules du néoplasme et sur les côtés des restes des glandes sébacées.

Stroma conjonctif. — Le stroma conjonctif de la tumeur est loin de présenter toujours la même disposition, la même abondance et la même structure. De la membrane fibreuse qui presque toujours sous-tend profondément ou latéralement le néoplasme partent parfois de larges travées conjonctives qui se dirigent normalement ou obliquement vers l'épiderme et circonscrivent des espaces de dimensions variables dans lesquels sont situées les nappes épithéliales. Cette disposition donne à la tumeur l'aspect lobulé dont nous avons parlé, et qui correspond surtout au type acineux.

Dans les types alvéolaire, trabéculaire et trabéculo-alvéolaire, le stroma est disposé sans ordre entre les amas et les travées de cellules épithéliales. Il se moule sur les îlots épithéliaux et en suit exactement les contours. Au niveau de quelques grands alvéoles ou des larges nappes épithéliales du type acineux, des travées conjonctives, parties de la périphérie, s'enfoncent dans le tissu épithélial sous forme tantôt de simples éperons, tantôt de longs tractus terminés en massue ou ramifiés à leur extrémité et anastomosés avec les ramifications d'autres tractus. Souvent même, au milieu de la masse épithéliale, isolés complètement du stroma, existent des îlots ronds, ovalaires, quelquefois irréguliers ou stellaires, formés de tissu conjonctif ou muqueux. Les coupes en série permettent de s'assurer qu'il s'agit simplement de la section perpendiculaire d'un tractus conjonctif parti de la périphérie de l'alvéole.

L'abondance du stroma conjonctif est des plus variables. Tantôt les nappes, alvéoles et travées épithéliaux sont presque en contact, à peine séparés par quelques filaments ou par quelques minces tractus de tissu conjonctif. Tantôt au contraire le stroma est très abondant, les trabécules et les petits îlots épithéliaux, qui constituent alors la tumeur, sont en quelque sorte perdus au milieu d'un tissu qui en pareil cas est généralement fibreux. Entre ces dispositions extrêmes on peut observer tous les états intermédiaires. Des différences assez grandes se voient quelquefois dans la même préparation : tandis qu'à la périphérie du néoplasme les îlots épithéliaux sont largement espacés, au centre ils sont très rapprochés et presque en contact. Il y a là une véritable raréfaction du tissu conjonctif due à la prolifération épithéliale, à l'augmentation de volume et aux anastomoses des îlots épithéliaux.

Quant à sa structure, le stroma peut être formé par toutes les variétés du tissu conjonctif et par du tissu muqueux. La membrane limitante profonde est toujours formée de tissu fibreux à fibres ou à faisceaux parallèles à la surface de la tumeur. De nombreuses et volumineuses fibres élastiques serpentent au milieu de ce tissu fibreux et affectent la même direction générale.

Le stroma proprement dit de la tumeur est parfois aussi composé exclusivement de tissu fibreux ; mais il s'agit d'un tissu moins dense, formé de fibres et de fibrilles séparées par d'assez nombreuses cellules fixes plus ou moins hypertrophiées et hyperplasiées. Il n'est pas rare d'y constater un assez grand nombre de mastzellen, quelques lymphocytes et de rares cellules plasmatiques. De loin en loin, surtout au pourtour de quelques vaisseaux sanguins ou aux points d'entrecroisement des travées fibreuses, on y voit quelques îlots d'infiltration cellulaire formée de cellules plasmatiques et de lymphocytes. D'autres fois le stroma est partout, et particulièrement dans les régions superficielles sous-épidermiques et sur les parties latérales du néoplasme, infiltré de cellules plasmatiques, de lymphocytes et de cellules fixes hyperplasiées et hypertrophiées. Il peut arriver que l'abondance des cellules plasmatiques soit telle qu'elles constituent de vastes nappes cellulaires où on ne trouve presque pas d'autres cellules. Il s'agit là de véritables plasmomes; il en était ainsi dans l'observation VIII.

Dans un assez grand nombre de cas le stroma est formé en totalité ou en partie seulement de tissu muqueux. Les îlots inclus dans les nappes épithéliales sont parfois constitués par du tissu muqueux, formé de fibrilles excessivement délicates, entre lesquelles se trouve de la mucine. Les cellules sont souvent très rares et peuvent même manquer dans quelques îlots. Il peut être alors très difficile de les différencier de certaines productions kystiques, à moins que la pré-

sence d'un petit vaisseau sanguin vienne immédiatement faire cesser les doutes. Ces îlots constituent ce que certains auteurs ont décrit sous le nom de corps oviformes.

Les vaisseaux sanguins sont en général peu abondants et pourvus de parois nettement constituées.

CONNEXIONS DES ILOTS ÉPITHÉLIAUX AVEC L'ÉPIDERME, LES FOLLICULES PILEUX, LES GLANDES SÉBACÉES ET LES GLANDES SUDORIPARES. — Les connexions des îlots épithéliomateux avec l'épiderme, les follicules pileux, les glandes sébacées et les glandes sudoripares doivent être avant tout étudiées sur les nodules du début, ou à la périphérie des tumeurs plus âgées et plus développées. Par suite de leur développement, en effet, les nappes ou îlots de cellules néoplasiques se rapprochent de la surface, entrent en contact avec l'épiderme et parfois se fusionnent avec lui, de sorte que dans ces points il est impossible d'étudier l'origine du néoplasme.

L'aspect des coupes des nodules jeunes ou de la périphérie des noyaux plus développés n'est pas toujours le même. Tantôt tout le jeune nodule est constitué par une série de lobules nettement séparés, de forme assez régulière, peu ou pas ramifiés, dont les uns, ordinairement plus étendus, adhèrent à l'épiderme par un pédicule court et de grosseur variable, dont les autres, de dimensions moins étendues, sont libres au milieu du derme (fig. 4). Mais si on examine une série de coupes, ces derniers deviennent de plus en plus volumineux, de plus en plus rapprochés de l'épiderme et finalement on trouve encore le pédicule qui les unit à l'épiderme ou à ses dépendances. Cette disposition s'observe aussi assez souvent à la périphérie des nodules anciens.

D'autres fois, sur une première coupe, on ne voit qu'une série d'amas épithéliaux alvéolaires ou trabéculaires disposés sans ordre, plus ou moins rapprochés de l'épiderme, mais sans connexion avec lui. L'étude des coupes en série, par contre, permet de constater que ces amas s'anastomosent entre eux de façon à former plusieurs groupes de travées et d'alvéoles, et qu'à un moment une de ces travées va s'insérer sur l'épiderme ou ses dépendances.

Il résulte donc de cette disposition que les tumeurs sont constituées par plusieurs lobules disposés soit sous forme d'une seule nappe peu irrégulière, soit sous forme d'une nappe très découpée, bifurquée, ramifiée à l'excès, mais toujours réunie à l'épiderme ou à ses dépendances par un pédicule qu'on peut toujours trouver en multipliant suffisamment les coupes.

Ce pédicule ne s'insère pas toujours exactement au même point, et ne présente pas constamment la même structure et le même aspect.

Dans quelques cas, le poil traverse l'épiderme comme à l'état normal, et, arrivé dans le derme, sa gaine épithéliale externe proli-

fère, s'épaissit, se boursoufle et forme un manchon qui se rapproche de plus en plus de l'épiderme. L'ensemble du follicule pileux a alors la forme d'un coin dont la grosse extrémité est sous-épidermique, dont la pointe est profonde et formée par la partie profonde et le bulbe du follicule non altérés (fig. 12). Le poil occupe sa situation normale et traverse cette production néoplasique. Mais le processus ne s'arrête pas là ; la néoformation cellulaire continue et arrive à se montrer sous les aspects représentés dans la fig. 4, qui ne sont autre chose que la disposition précédente très exagérée. Il s'agit, en effet, d'une grande nappe épithéliale d'aspect pyriforme à grosse extrémité superficielle et adhérente à l'épiderme sur une étendue plus grande que la largeur du follicule pileux normal, à petite extrémité profonde formée par le bulbe plein à peine déformé mais privé le plus souvent, mais non toujours, de son poil. La production néoplasique s'est étendue non seulement en largeur, mais aussi suivant la longueur du follicule, depuis l'épiderme jusqu'au bulbe pileux. Assez souvent dans ces larges nappes épithéliales se forment des productions kystiques centrales qui deviennent très superficielles et ne sont recouvertes que par quelques couches de cellules épidermiques très aplaties. Cette membrane épidermique peut se rompre et alors le kyste s'ouvre à l'extérieur, comme dans la fig. 4, où le lambeau épidermique est dévié vers l'intérieur du kyste et où l'ouverture est occupée par les substances contenues dans le kyste, ce qui démontre bien que cette rupture n'est pas le fait du rasoir ou des manipulations techniques.

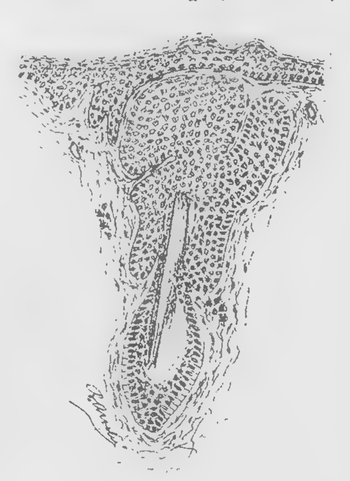


Fig. 12. — (Leitz, oc. 3, obj. 4.) — *Début de l'ulcus rodens aux dépens de la gaine d'un follicule pileux.*

A la partie supérieure, on voit le manchon néoplasique arrivant presque au contact avec l'épidermique.

Dans d'autres cas il s'agit d'un follicule pileux normal sur lequel viennent s'insérer un peu au-dessous de l'épiderme, à peu près au niveau de l'ouverture des glandes sébacées, un ou deux pédicules assez grêles qu'on peut suivre plus ou moins loin sur les coupes en série (fig. 13, 14 et 15). Parfois même, mais rarement, l'insertion se fait plus profondément puisque le poil est encore pourvu de sa gaine épithéliale interne.

D'autres fois encore, le collet du follicule est dilaté ; au niveau de son extrémité inférieure la gaine épithéliale externe commence à se

gonfler; ce gonflement se continue dans une certaine étendue du follicule et se termine en formant un bourrelet très accentué d'un seul côté ou des deux côtés du poil, suivant que le manchon comprend toute la périphérie ou une partie seulement. Sur les coupes en série on voit quelquefois un de ces manchons se continuer plus ou moins loin sous forme de bourgeon néoplasique dans lequel il est parfois possible de reconnaître quelques rares cellules sébacées. Au-dessous de ce manchon néoplasique la partie profonde du follicule et le bulbe se retrouvent avec des caractères à peu près normaux (fig. 13). Le poil pénètre souvent encore jusque dans ce bulbe plein; d'autres fois on ne le retrouve plus ou moins altéré que plus superficiellement, au niveau de la portion dilatée du collet du follicule et pénétrant à peine dans le manchon néoplasique. Si la lésion est plus avancée l'aspect

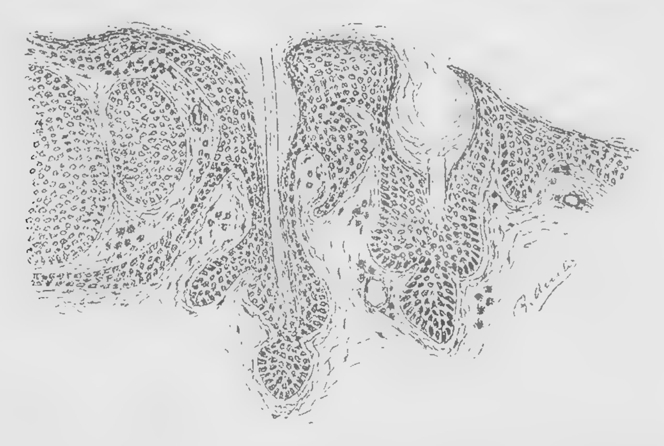


FIG. 13. — (Leitz, oc. 3, obj. 4.) — *Début de l'ulcus rodens dans l'appareil pilo-sébacé.* Sur la glande située à droite, la gaine épithéliale du poil est boursouflée ; sur la partie externe de l'autre glande on voit deux bourgeons néoplasiques dont un superficiel et très long.

se modifie, comme on le voit dans la même fig. 13. Un follicule pileux, pourvu de son poil et entouré d'une gaine épithéliale externe légèrement moniliforme, donne naissance sur ses parties latérales à une ou deux travées épithéliales qui se dirigent obliquement et suivant un trajet plus ou moins contourné vers la profondeur. Rarement on observe la disposition de la fig. 13; le plus souvent, à cause du trajet irrégulier et contourné de ces travées, ce n'est que par l'étude des coupes en série qu'on arrive à constater leur disposition et leur point d'implantation sur le follicule. Le lieu d'origine de ces travées varie : tantôt il est très superficiel, comme dans la fig. 13, et situé au niveau du collet du follicule dilaté ou non dilaté, quelquefois même à l'angle que fait l'épiderme en se réfléchissant pour former le collet folliculaire; tantôt il est plus profond et situé à peu près au

niveau du lieu d'abouchement des glandes sébacées. Parfois d'ailleurs dans ces travées on rencontre quelques cellules sébacées. Il est rare qu'il siège plus bas ; presque toujours le bulbe pileux et la partie susjacente du follicule sont trouvés intacts ou ne sont intéressés que secondairement.

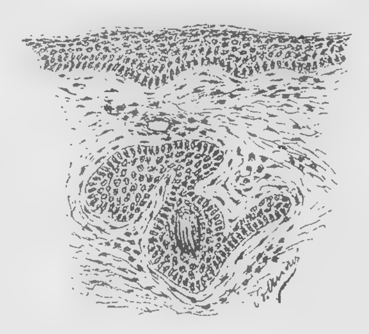


Fig. 14. — (Leitz, oc. 3, obj. 4.) — *Début de deux bourgeons épithéliomateux aux dépens de la gaine d'un poil.*

Dans d'autres cas, l'insertion des travées ou alvéoles épithéliaux se fait sur la paroi des kystes ou plutôt des pseudo-kystes épidermiques. Tantôt le kyste sur lequel a lieu l'insertion est un kyste à kérato-hyaline, ce qui démontre le siège superficiel de l'insertion et comme le démontrent encore mieux les préparations où le pseudo-kyste est ouvert à la surface de l'épiderme, par exemple, dans la fig. 10, où l'on voit un îlot épithélial s'insérer tout près de l'épiderme et un autre dans l'angle de réflexion de l'épiderme. Dans les coupes en série le premier de ces îlots s'agrandit et va s'anastomoser avec des îlots voisins dont on voit quelques-uns sur le dessin. Tantôt l'insertion se fait sur un kyste dépourvu de kérato-hyaline ou d'origine sébacée. Tantôt enfin le kyste ne donne plus seulement insertion à un pédicule plus ou moins gros ; il est complètement inclus au sein d'une nappe épithéliale d'étendue variable.

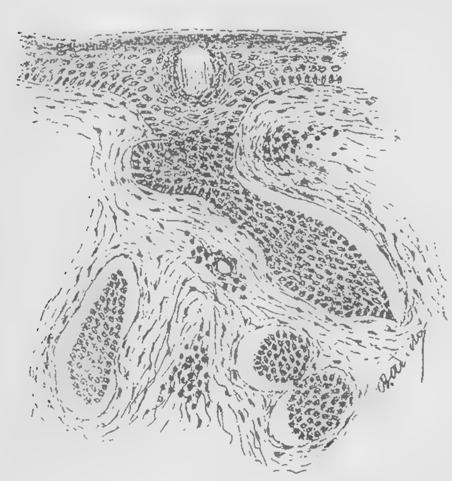


Fig. 15. — *Origine d'un lobule épithéliomateux dans un follicule pileux.*

Les coupes en série montrent que le bourgeon néoplasique situé à la partie inférieure du follicule est anastomosé avec les amas alvéolaires de la partie inférieure de la figure.

Dans d'autres préparations, les nappes, alvéoles ou travées épithéliaux sont reliés à l'épiderme par un pédicule où l'on ne voit aucune trace de follicule et constitué par des cellules qui perdent peu à peu les caractères de celles de la tumeur pour prendre ceux des cellules de l'épiderme. On croirait à un simple enfoncement épidermique donnant naissance à la tumeur.

Mais si on multiplie les coupes en série on arrive à trouver la section du collet d'un follicule dilaté ou non dilaté, pourvu encore de son poil. On se rend bien compte alors qu'il s'agit non pas seulement d'un prolongement épidermique dégénéré en épithélioma, mais de l'origine d'un bloc épithélial qui s'est faite sur le collet folliculaire et sur l'épiderme qui l'entoure immédiatement. Le poil peut être atrophié, altéré, refoulé par la néoformation et tout à fait superficiel. D'autres fois il existe un simple petit infundibulum sur lequel s'implante la masse épithéliale et dans laquelle on trouve quelques fragments de poil. Un pas de plus, le poil est tout à fait détaché et ne se retrouve plus, ou bien, très altéré, il adhère seulement aux cellules les plus superficielles du pédicule, qui alors se présente comme dans la figure 1, c'est-à-dire comme formé de cellules épidermiques se transformant progressivement pour prendre les caractères des cellules néoplasiques.

Parfois enfin les masses épithéliales sont reliées à la face profonde de l'épiderme par une, deux ou trois travées épithéliales plus ou moins longues, les unes minces et comprenant deux ou trois couches de cellules dans le sens de leur épaisseur, les autres plus larges, sans trace de follicule pileux à leur niveau, ni dans leur voisinage immédiat. Les cellules de l'épiderme se modifient peu à peu pour prendre finalement et très rapidement les caractères des éléments néoplasiques.

Il résulte donc de tout ce qui précède que les îlots épithéliomateux tirent leur origine du système pilo-sébacé et plus spécialement du follicule pileux au niveau de l'ouverture des glandes sébacées dans le collet folliculaire, au niveau du collet du follicule et, mais plus rarement et peut-être seulement par extension secondaire, de l'épiderme au niveau de son angle de réflexion pour former le follicule et dans le voisinage immédiat de cet angle.

Que deviennent les glandes sébacées dans ce processus de néoformation ? Un point sur lequel il ne semble pas pouvoir exister de doute, c'est qu'elles disparaissent et qu'on n'en trouve plus trace dans les régions avancées de la tumeur. Mais comment disparaissent-elles ? se transforment-elles en îlots épithéliomateux ou sont-elles détruites par le fait du développement du néoplasme ? Cette dernière hypothèse n'est certainement pas exacte, car elles ne pourraient être détruites que par pression ou par usure comme les muscles et les os et il serait possible de suivre les différentes étapes de ce processus. Sur les parties latérales et profondes de la tumeur on trouve bien presque toujours des lobules glandulaires déformés, étirés, comprimés, mais les cellules restent toujours facilement reconnaissables.

Le raisonnement conduit donc à admettre la transformation des glandes sébacées en îlots épithéliomateux. L'examen des faits vient

la confirmer. D'abord, nous avons déjà dit que dans beaucoup de cas les alvéoles et les travées épithéliales venaient s'insérer sur le follicule pileux au niveau du fond du collet folliculaire, c'est-à-dire au niveau de l'embouchure des glandes sébacées. En second lieu, lorsqu'on examine un point où les îlots épithéliaux sont encore peu développés, on observe parfois au milieu des cellules néoplasiques de petits amas de cellules sébacées.

Sur les régions les plus latérales de la tumeur on rencontre parfois aussi des glandes sébacées notablement modifiées. Les acini sont étirés, déformés et formés d'un îlot central de cellules sébacées entouré de plusieurs couches de cellules analogues à celles de la tumeur. Souvent cet anneau n'entoure pas toute la glande ; épais du côté du canal excréteur, il se termine en s'effilant vers la région profonde de la glande.

Ces dispositions démontrent bien la participation des glandes sébacées à la formation du néoplasme ; mais elles n'en sont pas le lieu d'origine exclusif ; et souvent même elles ne se transforment que secondairement par envahissement progressif de la lésion, née du collet folliculaire.

Si nous rapprochons ceci de ce que nous avons décrit plus haut, nous sommes amenés à penser que l'épithélioma pavimenteux à petites cellules prend son origine dans le système pilo-sébacé, plus particulièrement sur la partie profonde du collet folliculaire, au niveau de l'ouverture des glandes sébacées, moins souvent sur la partie sus-jacente du collet et au niveau des glandes sébacées.

De plus, ces faits démontrent que la tumeur ne naît pas dans un seul point, d'une cellule unique, comme l'ont soutenu quelques auteurs à propos de l'histogenèse des néoplasmes en général, mais d'une série d'appareils pilo-sébacés qui donnent naissance à autant de lobules néoplasiques, distincts au début, anastomosés et fusionnés plus tard.

Les glandes sébacées et le collet du follicule sont susceptibles de subir d'autres transformations. L'infundibulum folliculaire peut se dilater, s'agrandir latéralement aussi bien qu'en profondeur et prendre l'aspect d'une gourde à col étroit ouvert au niveau de l'épiderme. D'autres fois il est beaucoup plus dilaté, surtout dans le sens de la profondeur ; il affecte alors la forme d'une bouteille à large goulot ouvert à l'extérieur. Sur le fond viennent aboutir les glandes sébacées (fig. 10). Les canaux excréteurs de celles-ci sont aussi quelquefois dilatés, remplis d'écailles cellulaires et de substance grasse et donnent l'apparence de kystes sur les préparations.

L'épiderme peut-il donner directement naissance à l'épithélioma pavimenteux à petites cellules ? Nous avons déjà dit que parfois l'insertion des îlots épithéliaux se fait à l'angle de réflexion de l'épi-

derme vers le follicule ou dans son voisinage immédiat. Dans ce dernier cas le pédicule est en général large et intéresse en même temps l'angle de réflexion ou même la portion superficielle du collet folliculaire.

Mais d'autres fois les amas épithéliomateux sont rattachés à l'épiderme par des travées épithéliales absolument indépendantes de tout follicule pileux ou des glandes. Ces faits semblent bien démontrer la participation de l'épiderme au développement de ces néoplasmes. Cependant il est bon de faire remarquer que ces connexions avec l'épiderme se rencontrent presque exclusivement dans les régions les plus anciennes, où les îlots épithéliaux sont les plus grands et les plus nombreux et dans les portions cicatricielles.

D'autre part, il est très rare, par l'examen d'un grand nombre de coupes en série, de ne pas voir les alvéoles épithéliomateux, reliés ou non à l'épiderme, entrer en relations très intimes avec les follicules pileux. Malgré tout il serait peut-être téméraire de ne voir dans ces travées épithéliales que des rapports secondaires du néoplasme avec l'épiderme. Le fait que les îlots néoplasiques naissent parfois de l'épiderme au niveau de son point de réflexion vers le follicule pileux et dans son voisinage immédiat, c'est-à-dire dans des régions où les cellules épidermiques ne sont pas différenciées, est favorable à l'idée de la possibilité du développement direct sur l'épiderme.

Les glandes sudoripares ne prennent aucune part à la formation de la tumeur. Il est exceptionnel de pouvoir les suivre entre les îlots néoplasiques; mais il est presque aussi exceptionnel de ne pas trouver les pelotons sudoripares au-dessous du centre ou des parties latérales du néoplasme. Les glandes sont saines ou quelquefois légèrement dilatées. Elles ne sont pas le siège de prolifération cellulaire.

Par suite du développement de la tumeur, les différents lobules s'agrandissent, s'allongent, se bifurquent, s'anastomosent et arrivent à constituer les différents aspects que nous avons décrits. Or la tumeur ne gagne presque pas en profondeur ; c'est donc vers la surface, vers l'épiderme, que va se faire l'accroissement des masses épithéliales. Il en résulte des rapports nouveaux et très variables des îlots épithéliaux avec l'épiderme.

Dans les cas les plus simples, les nappes acineuses ou alvéolaires se rapprochent de l'épiderme, le repoussent, font disparaître l'aspect papillaire, l'amincissent, mais en restent séparées par un très fin liséré, parfois invisible sur les préparations à l'hématéine-éosine, mais très net sur les préparations traitées par le Van Gieson. A leur niveau l'épiderme est légèrement aminci ou réduit à 3, 4 ou 5 couches de cellules très aplaties à contours vagues ou effacés, sans kérato-hyaline. Les cellules néoplasiques présentent par contre leurs caractères ordinaires. Il est facile de concevoir qu'en pareil cas le liséré conjonctif puisse

disparaître en quelques points et qu'il y ait fusion de l'épiderme et des masses alvéolaires.

D'autres fois la pression paraît être plus intense et elle détermine des lésions aussi bien dans l'épiderme que dans les alvéoles épithéliaux les plus superficiels. Dans ces derniers, les cellules de la totalité de l'îlot, ou seulement celles de la moitié ou du tiers superficiel se tassent; leur protoplasma opaque, granuleux, ne présente plus de délimitation cellulaire ; leurs noyaux, excessivement rapprochés, sont allongés parallèlement à la surface cutanée et uniformément colorés en noir par l'hématéine-éosine, en rouge brique foncé par le Van Gieson, comme dans les foyers de nécrose massive. A leur niveau l'épiderme, très diminué d'épaisseur, est réduit à 4, 3, 2 couches de cellules très aplaties, sans contours distincts, pourvues d'un noyau très allongé et parfois de quelques fines granulations de kérato-hyaline. Superficiellement se trouvent quelques lamelles cornées. Dans d'autres endroits, la couche épidermique diminue encore et finalement toute trace d'épiderme disparaît : l'ulcération est créée.

Par le fait même de leur accroissement ces néoplasmes ont donc une tendance constante à s'ulcérer, bien qu'un certain nombre d'entre eux restent très longtemps, peut-être indéfiniment, à l'état nodulaire.

L'*ulcération* se fait le plus souvent par amincissement progressif de l'épiderme, d'après le processus qui vient d'être décrit et qu'il faut attribuer uniquement à la pression des masses néoplasiques. Dans des cas plus rares elle est due à l'ouverture vers l'extérieur des kystes intra-alvéolaires, qui, devenus superficiels, rompent la languette épidermique qui les recouvre et s'ouvrent au dehors. Dans un cas, nous avons constaté au niveau d'une de nos tumeurs l'existence d'une petite vésico-pustule épidermique. Il est possible que l'ulcération puisse dans quelques cas exceptionnels se produire à la suite de la rupture d'une pareille lésion. Enfin très probablement, dans beaucoup de cas, l'ulcération doit reconnaître une cause mécanique, comme le frottement ou le grattage.

Cette ulcération n'est pas toujours permanente; elle peut se cicatriser. Le fait est souvent constaté en clinique.

II. — Ulcus rodens ulcéré. — Il est caractérisé anatomiquement par l'existence d'une ulcération dont le fond est formé par une nappe épithéliomateuse continue, épaisse de 2 à 6 ou 8 millimètres, rarement davantage, étendue d'un bord à l'autre de la plaie. Cette nappe s'élargit au fur et à mesure que s'agrandit l'ulcération, mais son épaisseur reste toujours sensiblement la même.

Il y a donc à étudier successivement la structure de la nappe épithéliomateuse, de la surface de l'ulcération et de ses bords ; les caractères histologiques du tissu sous-jacent et des vaisseaux

sanguins ; enfin les modes de destruction des divers tissus que rencontre le néoplasme, tels que les muscles, les os, les glandes, etc...

Au point de vue de sa structure histologique, la nappe épithéliomateuse ulcérée ressemble complètement à l'épithélioma non ulcéré. Les caractères morphologiques des cellules épithéliales, les processus soit irritatifs, soit dégénératifs, dont elles sont le siège, sont les mêmes dans les deux cas. On y voit les mêmes figures mitosiques et les mêmes cellules polynucléées, qui, entourées de petites cellules aplaties, donnent l'aspectdes globes perlés en miniature. Dans l'ordre dégénératif on y rencontre l'atrophie stellaire, moins fréquente cependant que dans la forme non ulcérée, la nécrose en masse, la nécrose de coagulation, assez rarement la dégénérescence hyaline. Les globes perlés sont peu fréquents et de même ordre que ceux précédemment décrits. Les kystes ne sont pas rares, sauf les kystes épidermiques qu'on ne trouve qu'au niveau de l'ourlet périphérique ou parfois dans les cas d'ulcération récente et très superficielle. Leurs modes de groupement présentent peu de différences. Le type acineux est exceptionnel et ne se rencontre guère qu'au niveau de l'ourlet périphérique, dans les régions latérales sous-épidermiques de la nappe épithéliomateuse. Les types alvéolaire, trabéculaire et surtout trabéculo-alvéolaire sont ceux qu'on observe presque constamment.

Quant au stroma, il ne présente aucune particularité : il est le plus souvent conjonctif, soit fibreux, soit infiltré ; plus rarement il est muqueux.

La surface de l'ulcération est constituée par le tissu même du néoplasme auquel se sont ajoutées parfois des lésions inflammatoires plus ou moins accentuées. Dans les cas les plus simples elle est formée par une nappe de tissu conjonctif interrompue par des amas de cellules épithéliales. La nappe conjonctive est quelquefois fibreuse et infiltrée seulement d'un petit nombre de cellules fixes et de lymphocytes. D'autres fois elle est abondamment infiltrée par des cellules fixes hyperplasiées, par des lymphocytes et des cellules plasmatiques. Tout à fait à la superficie on y trouve en outre quelques leucocytes polynucléés, et un léger exsudat séro-fibrineux. Dans les cas où il existe un processus inflammatoire un peu intense, le tissu de la surface est infiltré, dans une épaisseur assez variable, par une grande quantité de leucocytes polynucléés qui se mélangent aux éléments déjà décrits. Tapissant la surface de l'ulcération, existe souvent alors un exsudat séro-fibrineux plus ou moins épais dans lequel se trouvent des leucocytes en grand nombre, intacts ou en voie de destruction.

Les nappes épithéliales arrivent jusqu'à la surface et contribuent à former le fond de l'ulcération. Il s'agit tantôt de travées étroites coupées transversalement, tantôt de larges amas épithéliaux étendus sur une assez grande partie de l'ulcération. Les cellules épithéliales de bor-

dure présentent parfois leurs caractères ordinaires ; d'autres fois elles sont disloquées et nécrosées.

Les vaisseaux sanguins sont généralement assez peu nombreux. On les suit souvent jusqu'au voisinage immédiat de la surface ulcérée, et quelquefois ils ne sont recouverts que par un fin liséré de tissu conjonctif. Dans ce cas ils sont ou thrombosés ou parfaitement perméables. Quand il existe des lésions d'ordre inflammatoire ils sont plus abondants, plus dilatés et, simplement recouverts par une très mince couche cellulaire, on comprend qu'ils puissent se rompre et saigner facilement.

Sur les bords de l'ulcération, l'épiderme est presque toujours recourbé vers le fond de la plaie, de façon à tapisser une partie plus ou moins grande du versant interne de l'ourlet néoplasique. Plus rarement il est taillé comme à l'emporte-pièce et sur le même plan que le tissu sous-épidermique.

Au niveau de l'ourlet périphérique, au-dessous de l'épiderme, le néoplasme reprend entièrement les caractères de l'épithélioma non ulcéré.

Au-dessous de la nappe épithéliomateuse existe, nous l'avons dit, une zone plus ou moins épaisse de tissu conjonctif généralement fibreux qui progresse et s'étend en même temps que la tumeur. Il s'agit là d'une sorte de barrière de protection que l'organisme oppose aux progrès du néoplasme. Les vaisseaux sanguins, au niveau de cette zone fibreuse, présentent souvent des caractères normaux. Parfois les artères sont le siège d'une endartérite qui diminue toujours leur calibre et peut même quelquefois les oblitérer complètement ou en grande partie.

La zone fibreuse de réaction de l'organisme constitue comme l'avant-garde du néoplasme. C'est elle qui la première attaque les tissus que la tumeur rencontre sur son chemin et qui souvent même suffit à les détruire. C'est ce qui a lieu pour les muscles, les filets nerveux, les glandes. Les os et les membranes aponévrotiques sont détruits d'une façon un peu différente.

La destruction du tissu osseux n'a pas lieu d'une façon régulière et continue. L'os est attaqué par la périphérie en même temps que dans son centre. A la périphérie, les bourgeons néoplasiques creusent des encoches arrondies, de profondeur et de dimension très variables ; mais entre l'os et les amas épithéliaux est toujours interposée une lame conjonctive plus ou moins épaisse. Partis de la surface, les éléments épithéliaux pénètrent le long des canaux de Havers et vont former toute une série de colonies néoplasiques qui s'accroissent toujours entourées d'une zone conjonctive (fig. 16 et 17), et font disparaître le tissu osseux autour d'elles. Celui-ci, sur les coupes, revêt alors l'aspect d'une écumoire percée de trous très irréguliers de

volume et de forme. Plus tard on ne trouve plus que des îlots et des travées irrégulières de tissu osseux disséminés dans le tissu néoplasique et toujours 'séparés des amas épithéliaux par une zone plus ou moins mince de tissu conjonctif.

La dure-mère constitue une barrière résistante à l'envahissement de l'ulcus rodens. Le néoplasme s'étale à sa surface et creuse de loin en loin quelques dépressions peu profondes. Sur quelques points de ces amas épithéliaux se détachent des travées de même nature qui pénètrent perpendiculairement ou un peu obliquement dans l'épaisseur de la membrane fibreuse. De là, les éléments néoplasiques fusent entre les lamelles fibreuses de la dure-mère, les écartent et arrivent à constituer une série d'îlots épithéliaux très allongés, très étroits, terminés en pointe à leurs extrémités. A la suite de cette dissociation successive des faisceaux fibreux de la dure-mère, la tumeur se rap-



Fig. 16 et 17. — *Ilots épithéliomateux intra-osseux* (Obs. XVI).
Les îlots épithéliomateux sont séparés du tissu osseux par une zone conjonctive.

proche progressivement de sa face interne qu'elle arrive finalement à atteindre et à faire céder. Il y a donc ici quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans le tissu osseux. La dure-mère, en effet, n'est pas seulement détruite de proche en proche, d'une façon continue, de la face externe vers la face interne ; elle est aussi pénétrée par le néoplasme qui fuse entre les lamelles fibreuses qui la constituent, les dissocie, les atrophie et arrive enfin à les détruire complètement.

Le tissu musculaire strié situé 'dans le voisinage d'un ulcus rodens est tout d'abord envahi par la zone fibreuse sous-néoplasique ; ses faisceaux sont séparés par d'épais tractus fibreux ; les fibres musculaires sont bientôt dissociées inviduellement ; elles s'atrophient et finissent par disparaître. Le processus est celui de la myosite interstitielle.

Les nerfs sont aussi détruits. Ils sont le siège d'une sorte de névrite scléreuse interstitielle qui atrophie et fait disparaître les tubes nerveux.

Lorsque le néoplasme siège dans le voisinage de la cavité buccale, à la lèvre par exemple, les glandes muqueuses peuvent être atteintes par le processus destructif de l'ulcus rodens. Leur mode de destruction est le suivant : les glandes les moins altérées présentent un ou deux amas de lymphocytes très serrés les uns contre les autres e situés entre quelques acini qu'ils compriment et déforment. A la périphérie de ces amas, les lymphocytes s'espacent et s'infiltrent entre les acini circonvoisins. Loin d'eux le tissu conjonctif inter-acineux est légèrement épaissi et infiltré d'un petit nombre de lymphocytes. A un degré plus avancé des lésions, on trouve toujours quelques amas de lymphocytes, mais les tractus conjonctifs inter-acineux se sont beaucoup épaissis. Le tissu conjonctif qui les constitue est plus dense et abondamment infiltré par des cellules fixes hyperplasiées et hypertrophiées, des lymphocytes et quelques cellules plasmatiques. Les cellules épithéliales des acini perdent leurs caractères ; elles deviennent plus petites, cubiques et bientôt remplissent complètement les acini comprimés et rétrécis. Plus tard, l'infiltration des travées conjonctives augmente, la paroi des acini s'efface et bientôt on ne reconnaît plus que très difficilement l'existence antérieure de la glande. Alors on ne trouve plus, en effet, qu'un tissu conjonctif lâche dans lequel sont infiltrés des cellules plasmatiques en très grande abondance, des lymphocytes et des cellules fixes très hypertrophiées. Les cellules des acini ne sont plus reconnaissables au milieu de ce tissu. C'est à peine si parfois on peut reconnaître un acinus glandulaire plus ou moins respecté. La résistance des glandes au processus destructif semble être plus grande que celle des tissus qui les entourent; aussi les voit-on quelquefois faire saillie à la surface de l'ulcération sous forme d'un bourgeon charnu.

L'envahissement ganglionnaire est exceptionnel. Nous n'avons pas eu l'occasion de faire l'examen microscopique de ganglions secondairement envahis.

La généralisation viscérale ne paraît pas avoir existé.

Le sang, examiné dans un cas d'ulcus rodens excessivement étendu, a donné les résultats suivants :

Globules rouges	4.387.250
Globules blancs	5.890
Lymphocytes	28,4 0/0
Grands mononucléés	1,10 0/0
Formes de transition	4,20 0/0
Leucocytes neutrophiles	65 0/0
Leucocytes éosinophiles	1,5 0/0

III. — Variétés histologiques. — Tels sont les caractères généraux de l'ulcus rodens au stade nodulaire et au stade d'ulcération. Mais l'exagération de tel ou tel processus et l'adjonction de nouvelles lésions donnent quelquefois au néoplasme un aspect anatomique très différent et assez particulier pour nécessiter la description de quelques variétés anatomiques. Celles-ci se traduisent d'ailleurs cliniquement par des caractères assez tranchés pour qu'on puisse facilement les diagnostiquer. Nous décrirons la forme kystique, la forme mélanique et la forme atrophique.

Forme kystique. — La présence des kystes est très fréquente dans l'ulcus rodens, surtout au stade nodulaire. Dans la forme kystique ils deviennent excessivement nombreux ; ils constituent la plus grande partie de la tumeur et lui donnent un aspect clinique tout particulier. Ce sont presque toujours des kystes épidermiques ou des kystes par nécrose massive du centre des amas alvéolaires. La nécrose de coagulation et l'atrophie stellaire y jouent un rôle plus effacé. Tantôt les kystes épidermiques prédominent, comme dans certains cas d'ulcus rodens nodulaire kystique ; tantôt il n'y a que des kystes par nécrose comme dans l'ulcus rodens ulcéré. Plus souvent observée au stade nodulaire, la forme kystique est aussi rencontrée dans la forme ulcéreuse. Les observations V et VI sont des types, la première de l'épithélioma kystique non ulcéré, la seconde de l'ulcus rodens ulcéré kystique.

Obs. V. — Lucie P..., a remarqué depuis 4 ans un petit bouton rosé qui a grandi plus rapidement depuis 2 ou 3 mois. On trouve maintenant, à 3 millimètres en dehors de l'aile gauche du nez, une tumeur du volume d'un gros pois, très nettement arrondie, hémisphérique, faisant une saillie de 5 millimètres, mobile avec la peau sur les parties profondes. La tumeur est recouverte par un épiderme lisse, tendu et aminci ; sa couleur est rosée avec une translucidité marquée. Elle est sillonnée par des dilatations veineuses rayonnantes ; sa consistance assez ferme donne l'impression d'une poche remplie de liquide. Sa piqûre permet de faire sourdre un liquide clair, incolore, de consistance légèrement gommeuse.

Examen microscopique. — La tumeur qui, sur les coupes, mesure environ 1 centimètre de largeur, et 4 millimètres d'épaisseur, est très nettement limitée dans toute son étendue par une bande de tissu fibreux très dense, à faisceaux parallèles à la surface de la tumeur.

Cette bande fibreuse s'amincit en approchant de l'épiderme et cesse en bec de flûte, en laissant entre ses deux extrémités un assez grand espace au niveau duquel le néoplasme entre en contact avec l'épiderme. Sa face interne, lisse et régulière, est tapissée sur toute son étendue par une couche épithéliale plus ou moins épaisse, interrompue seulement dans quelques rares endroits pour laisser passer soit seulement quelques fins tractus conjonctifs, soit un petit vaisseau. De cette tunique épithéliale se détachent des travées épithéliales irrégulières qui s'anastomosent entre

elles et forment ainsi des mailles plus ou moins étendues occupées par le stroma presque partout muqueux, et parfois d'aspect kystique (fig. 5). Enfin les travées épithéliales circonscrivent souvent des cavités kystiques de volume variable. Il y a donc lieu d'examiner successivement : *le stroma, les travées épithéliales, les kystes.*

Stroma. — Il est fibreux et dense à la périphérie de la tumeur, au niveau de la membrane limitante. Au sein du néoplasme quelques travées sont constituées par du tissu conjonctif assez lâche et peu infiltré ; ailleurs, c'est-à-dire dans presque toute son étendue, le stroma est formé par du tissu muqueux.

Travées épithéliales. — Les travées épithéliales sont formées de cellules qui ne présentent pas partout le même aspect. Les cellules immédiatement en contact avec la membrane fibreuse qui circonscrit la tumeur sont cubiques sur les parties latérales du néoplasme ; elles sont aplaties, allongées, excessivement serrées contre les couches plus internes au niveau de la portion la plus profonde. Là existe une nappe épithéliale formée de plusieurs couches de cellules très petites, aplaties, allongées, fusiformes, formées d'un protoplasma très peu abondant, non limité et d'un noyau très ovalaire, fortement coloré. Les cellules deviennent moins tassées et moins aplaties au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la membrane fibreuse d'enveloppe.

De cette couche épithéliale formant une sphère presque complète se détachent des travées cellulaires qui se ramifient et s'anastomosent en tous sens. Elles sont tantôt très minces et formées seulement de deux ou trois, parfois même d'une seule rangée de cellules, tantôt épaisses, tantôt étalées en larges nappes creusées ou non de cavités kystiques. Ailleurs les travées épithéliales sont coupées perpendiculairement à leur direction et se présentent sous forme d'îlots épithéliaux entourés complètement par le stroma.

Les cellules épithéliales qui les composent offrent des caractères très variables, identiques à ceux que nous avons indiqués dans la description générale.

Elles subissent des modifications diverses dont les plus importantes conduisent les unes à la formation des globes épidermiques, les autres à la production des kystes.

Les globes épidermiques sont nombreux, mais variables d'aspect. Les uns sont à peine dessinés et constitués, au centre, par un ou deux blocs arrondis ou ovalaires, du volume moyen d'une cellule, formés d'une substance homogène, claire, transparente, sans trace de noyau, donnant les réactions de la kératine (coloration rouge avec l'éosine hématoxylique, jaune citrin avec le Van Gieson). Tout autour se trouvent plusieurs cellules très petites, non limitées, à noyau irrégulier et souvent quelques grains de substance nucléaire situés dans l'intervalle de ces cellules. Plus en dehors se trouvent deux ou trois couches de cellules aplaties disposées concentriquement, et enfin plus en dehors encore existent les cellules ordinaires de la tumeur. D'autres fois autour des blocs de kératine sont disposées quelques lamelles superposées également kératinisées, puis des cellules plates et enfin les cellules néoplasiques des travées. Dans les

plus volumineux, le centre est formé d'une masse sans structure fixant mal toutes les matières colorantes, entourée d'une couche plus ou moins épaisse de lamelles kératinisées. Dans quelques-uns ce centre est calcifié.

Les globes épidermiques se rencontrent dans toute l'étendue de la préparation, sauf cependant au niveau de la portion superficielle sous-épidermique du néoplasme. On en trouve dans la couche épithéliale limitant la tumeur, dans les larges nappes épithéliales et jusque dans les plus fines travées. Dans ce cas, la travée est renflée à leur niveau.

Les kystes, très nombreux, présentent des dimensions très variables : les uns ont les dimensions de deux ou trois cellules ; les autres atteignent un millimètre et plus et sont, par conséquent, visibles à l'œil nu (fig. 5).

Les plus petits n'ont pas les parois absolument nettes. Leurs bords sont irréguliers ; il s'en détache quelques filaments très fins qui s'anastomosent et s'entrecroisent très irrégulièrement dans l'intérieur du kyste, et qui viennent du protoplasma des cellules voisines. Dans les mailles de ce réticulum se trouvent parfois quelques fines granulations. Ces kystes paraissent être formés suivant le processus d'atrophie stellaire.

Les plus gros kystes, mesurant un demi à un millimètre, ont la structure suivante. Leur paroi est constituée tantôt par une épaisse nappe de cellules épithéliales, tantôt par une mince trabécule comprenant seulement une, deux ou trois couches de cellules. Tapissant presque la totalité de la paroi, se trouve une sorte de fine membrane de 3 à 10 μ d'épaisseur, quelquefois tendue, quelquefois plissée, tantôt homogène, tantôt fortement striée parallèlement à la paroi. Exceptionnellement, on rencontre un noyau faiblement coloré, allongé et très aplati, au milieu de cette substance. Ailleurs une cellule à protoplasma homogène, très fortement teintée par l'éosine, à noyau irrégulier, se confond avec cette membrane et fait plus ou moins saillie dans l'intérieur des kystes. Cette membrane est constituée par des cellules épithéliales très aplaties, altérées, peu ou pas limitées, privées de noyaux, ainsi qu'on peut facilement s'en assurer par l'examen de certaines portions où les cellules sont un peu plus nettement séparées. En dehors de cette membrane interne, les cellules épithéliales sont ou aplaties ou polygonales. Dans les régions de la paroi kystique où cette membrane n'existe pas, la paroi est irrégulière et déchiquetée. Là, les cellules sont disloquées, de forme très irrégulière, pourvues d'un noyau quelquefois vésiculeux, d'autres fois petit, irrégulier, uniformément coloré en noir par l'hématéine. Plus en dedans, ce sont des blocs irréguliers de substance protoplasmique, dans lesquels on peut rarement soupçonner un noyau à la teinte violacée du centre. Enfin on ne trouve bientôt plus que des amas gros ou petits, ronds ou très irréguliers et des grains plus ou moins volumineux de substance protoplasmique.

Dans la cavité kystique, détachés de la paroi ou encore adhérents par quelques prolongements protoplasmiques de quelques cellules plus ou altérées, se trouvent des amas de cellules présentant les mêmes altérations : blocs protoplasmiques homogènes, avec noyau noirâtre central ; blocs analogues avec noyau à peine visible ou débris de noyaux ; blocs

protoplasmiques sans noyau ; grains protoplasmiques plus ou moins volumineux provenant de la désintégration des blocs précédents. Le kyste contient, en outre, des espèces de filaments gros, noueux, très irréguliers, en général assez courts, ramifiés, anastomosés et formés d'une substance homogène se colorant vivement par l'éosine. Dans leur intervalle se trouvent des granulations irrégulières de volume et de forme, paraissant être de même nature. Dans certains points ces granulations se condensent et forment des nappes granuleuses disposées en bordure, en croissant sur une partie de la paroi ou remplissant presque complètement la cavité kystique.

Il semble résulter de tout cela que ces kystes sont le résultat de la destruction par nécrose des cellules de la tumeur. Le contenu serait constitué par les restes des cellules détruites et par du liqude exsudé sérofibrineux qui serait venu combler le vide produit par cette destruction.

La dégénérescence hyaline s'observe en plusieurs points. Tantôt elle se présente sous l'aspect de petits blocs arrondis, du volume d'une à deux ou trois cellules, d'aspect vitreux, homogène. Tantôt elle forme des blocs plus volumineux, ronds ou ovalaires, mesurant de 60 à 100 μ de diamètre. On voit enfin quelques amas hyalins beaucoup plus gros, mais plus irréguliers, allongés, à contours polycycliques. Ils sont formés par la coalescence de blocs voisins parfois incomplètement fusionnés, et séparés encore en partie par de minces cloisons formées de cellules très aplaties situées bout à bout. Les lacunes qui contiennent cette substance hyaline s'ouvrent parfois largement dans les grands kystes voisins.

Lés cellules néoplasiques présentent les diverses altérations rencontrées dans les autres observations : atrophie stellaire expliquant l'état fenêtré qui détermine par leur rapprochement les très petites lacunes kystiques décrites plus haut ; nécrose cellullaire; dégénérescence cornée.

L'*épiderme*, au niveau de la tumeur, subit des altérations notables. Il diminue d'épaisseur de la périphérie vers le centre et perd rapidement sa disposition papillaire. Vers le centre du néoplasme il est réduit à 2, 3 ou 4 couches de cellules excessivement plates, à protoplasma très pauvre, non limité, à noyau très allongé.

Les *follicules pileux* et les *glandes sébacées* ont disparu au niveau de la tumeur. Sur les côtés les follicules reparaissent et les glandes sébacées se retrouvent au-dessous des bords du néoplasme. Leur conduit excréteur très étiré contourne la tumeur pour aller s'ouvrir à l'extérieur. Leur structure est normale.

Les *glandes sudoripares* ne se voient pas au niveau de la tumeur, mais on retrouve les pelotons sudoripares au-dessous de la membrane fibreuse du néoplasme.

La présence des îlots muqueux au sein des nappes épithéliomateuses peut, lorsqu'ils sont nombreux et volumineux, donner à la tumeur une *apparence pseudo-kystique.*

Dans le cas suivant, au milieu des îlots muqueux existent très souvent des lacunes kystiques absolument indépendantes de la portion épithéliale du néoplasme.

Aussi, bien qu'il n'existât qu'un très petit nombre de kystes produits par le processus de nécrose en masse, la tumeur avait-elle un aspect très franchement kystique.

Obs. VI. — Mme B..., 60 ans, tailleuse, présente sur la tempe gauche deux petites saillies de la grandeur d'une lentille, situées l'une au-dessus de l'autre, à 1 centimètre au-dessus de la queue du sourcil. Ces petites tumeurs font une saillie de 2 millimètres environ, elles sont très nettement limitées, à contours arrondis, de couleur rose jaunâtre ; leur surface est lisse ; elles font corps avec la peau et sont mobiles avec elle sur les parties voisines. Leur consistance est ferme et donne au toucher l'impression d'un kyste bien tendu ; elles sont très faiblement translucides et leur surface montre quelques arborisations veineuses. L'une des tumeurs présente au sommet une croûtelle brune de 1 millimètre et la piqûre fait sourdre une goutte d'un liquide incolore légèrement gluant. La tumeur inférieure ne donne à la piqûre que du sang. — Excision.

La tumeur mesure environ 1 centimètre de diamètre et 2 millimètres d'épaisseur. Elle est formée par un petit nombre de grandes nappes épithéliales séparées par des tractus conjonctifs. Entre elles et au-dessous d'elles se trouvent quelques alvéoles moins étendus. Profondément le néoplasme est limité par une zone fibreuse dense qui se perd dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Les grandes nappes épithéliales ont une forme généralement ovalaire à petit diamètre perpendiculaire à la surface cutanée. Leurs bords, parfois assez réguliers, sont d'autres fois bourgeonnants ou creusés de dépressions plus ou moins profondes. De la périphérie partent des travées conjonctives qui s'enfoncent dans la nappe épithéliale et se terminent soit en massue, soit en se ramifiant. Les placards épithéliaux contiennent en outre des îlots de tissu conjonctif ou muqueux. Ordinairement nombreux et presque toujours isolés complètement des tractus fibreux interalvéolaires, ces îlots sont très variables de forme, de dimensions et de structure. Le plus souvent ils sont arrondis ou ovalaires, d'autres fois allongés et irréguliers. Les uns mesurent de 80 à 100 μ de diamètre environ ; les autres ont plus d'un millimètre dans leur plus grand diamètre et sont facilement visibles à l'œil nu sur les coupes. Quelques-uns sont formés par un tissu conjonctif lâche abondamment infiltré de cellules fixes hypertrophiées, de quelques lymphocytes et de rares cellules plasmatiques. S'ils sont très petits, on ne trouve qu'une petite artériole ou qu'un capillaire sanguin dans son centre. S'ils sont plus étendus, il y a toute une série de petites cavités arrondies ou aplaties à paroi formée par un mince liséré conjonctif tapissé intérieurement par une couche de cellules endothéliales, et correspondant à des capillaires sanguins. Les lacunes du tissu conjonctif sont un peu dilatées.

Le plus grand nombre des îlots est constitué par du tissu muqueux au milieu duquel circulent les vaisseaux et capillaires sanguins entourés d'une très mince zone de tissu conjonctif. Le plus souvent la périphérie de l'îlot est aussi formée de tissu conjonctif très infiltré de cellules fixes et disposé en mince couche contre la nappe épithéliale.

Au milieu de quelques-uns de ces îlots muqueux se trouve une grande

lacune kystique, de forme arrondie ou ovalaire. Sa paroi paraît être formée par le refoulement pur et simple du tissu muqueux circonvoisin. Elle est en effet constituée par une mince zone finement striée parallèlement à la surface de la lacune kystique et contenant un assez grand nombre de noyaux très allongés. Ces noyaux aplatis sont parfois très superficiels et font saillie dans le kyste, mais il n'y a pas de revêtement endothélial à proprement parler. Excentriquement cette zone limitante se continue progressivement avec le tissu muqueux de l'îlot. La cavité kystique renferme une substance finement granuleuse qui prend une coloration jaune pâle par le Van Gieson, violacé pâle avec l'hématéine-éosine comme la substance contenue dans le réseau du tissu muqueux. Cette substance remplit quelquefois à peu près complètement la cavité ; le plus souvent elle est disposée sous forme d'un croissant plus ou moins étendu appliqué sur une portion de la paroi du kyste. Au milieu d'elle on rencontre parfois quelques rares éléments arrondis, très clairs, de 6 à 10 μ de diamètre, colorés en rouge par l'hématéine-éosine, en jaune par le Van Gieson, renfermant un, quelquefois deux ou trois grains ronds, de 2 à 3 μ de diamètre, colorés en bleu noirâtre par l'hématéine, en gris noir par le Van Gieson. Ce sont probablement des cellules altérées.

La formation de ces lacunes kystiques paraît être d'une interprétation difficile. Peut-être faut-il les attribuer à une accumulation de substance séro-muqueuse qui aurait refoulé excentriquement le tissu muqueux et aurait pris cette disposition kystique. La dilatation des lacunes du tissu conjonctif observée dans les îlots conjonctifs semblerait donner quelque apparence de raison à cette hypothèse. Quoi qu'il en soit, leur présence est très importante, car cliniquement elle peut donner l'aspect kystique à des tumeurs qui ne renferment que peu ou pas de kystes épithéliaux.

Dans ce cas, en effet, on ne trouve dans les nappes épithéliales que quelques rares cavités kystiques produites par le processus de nécrose en masse. Il n'y a pas de kystes épidermiques.

Les cellules néoplasiques présentent les caractères généraux décrits ailleurs. Les figures karyokinétiques sont rares ; il y a quelques cellules multinucléées. On y observe la nécrose en masse, quelques éléments en dégénérescence hyaline. L'atrophie stellaire ne se voit que dans quelques rares éléments. Il n'y a pas de globes perlés.

Obs. VII. — D..., âgé de 74 ans, a remarqué il y a 7 ans l'apparition d'un petit bouton blanc sur la racine du nez. Plus tard ce bouton s'est ulcéré et l'ulcération a progressivement grandi, très lentement d'abord, plus rapidement depuis quelque temps.

Actuellement on trouve un ulcère de forme irrégulièrement arrondie et de la grandeur d'une pièce de 5 francs ; il siège sur le dos du nez, débordant des deux côtés et surtout à gauche. Le bourrelet marginal est plus large et plus saillant qu'il ne l'est habituellement ; il a 5 à 6 millimètres de large et fait une saillie de 3 millimètres en moyenne. Sa surface est vaguement bosselée, d'une couleur blanc rosé avec une translucidité nacrée et parcourue par quelques fines varicosités veineuses, recouvert d'un épiderme mince et lisse. Sa consistance est ferme sans être dure ; son

bord externe s'élève d'une façon abrupte sur la peau saine sans rougeur ni infiltration du voisinage. Son bord central est déchiqueté, parfois surplombant la surface ulcérée.

Celle-ci est rosée, ravinée ou comme vermoulue ; on n'y voit point de fongosités, mais elle est creusée de trous irréguliers.

Le 23 mai 1901, avant d'appliquer la pâte arsenicale on excise un fragment du bourrelet et l'on voit que le tissu est tout creusé de kystes miliaires à contenu gommeux, ce qui lui donne l'aspect d'une éponge. Cette structure kystique explique l'aspect raviné de la surface ulcérée.

Le 13 juin, les eschares sont tombées, laissant une profonde ulcération dans laquelle font saillie les os propres du nez en partie nécrosés.

Le 15 juillet la plaie n'a plus que 15 millimètres de large, les bords cicatrisés paraissent sains, la présence des séquestres osseux empêche la plaie de se fermer complètement.

Examen microscopique. — La tumeur présente la disposition trabéculo-alvéolaire, mais avec prédominance du type alvéolaire. Les alvéoles, ordinairement très grands, ont leurs contours irréguliers, fortement découpés. Le stroma est peu abondant et formé de tissu conjonctif infiltré de cellules fixes hypertrophiées, d'un petit nombre de lymphocytes et de cellules plasmatiques.

Les cellules néoplasiques ne présentent rien de très particulier, si ce n'est l'intensité des phénomènes de dégénérescence dont elles sont le siège. Les phénomènes d'ordre irritatif sont moins accentués. Les figures karyokinétiques ne sont pas rares. On y voit quelques cellules polynucléées entourées d'un petit nombre de cellules aplaties concentriquement formant de très petits globes perlés.

Dans l'ordre dégénératif on ne trouve pas l'atrophie stellaire ni l'état fenêtré qui en est la conséquence presque constante. Par contre, on y observe la dégénérescence hyaline, d'ailleurs peu étendue et constituant parfois le centre de petits globes perlés. La nécrose de coagulation et la nécrose en masse s'y observent au contraire à un degré très accentué. La nécrose en masse s'observe au centre de presque tous les grands alvéoles : elle y provoque la formation de lacunes kystiques, suivant le processus décrit plus haut. Ces cavités, de dimensions très variables, sont tantôt arrondies, tantôt allongées ou irrégulières ; tantôt presque entièrement remplies par les cellules nécrosées mais encore reconnaissables ; tantôt ne contenant qu'une substance granuleuse dans laquelle se voient des fragments de noyaux et des blocs protoplasmiques encore incomplètement désagrégés.

La nécrose de coagulation y tient une large place. Tantôt des blocs étendus de tissu épithélial sont atteints par cette dégénérescence. La désagrégation des cellules peut alors déterminer la formation de quelques cavités kystiques irrégulières. Le plus souvent la nécrose de coagulation est distribuée sous forme de petits foyers ou même frappe les cellules individuellement ou par très petits groupes.

Les lacunes kystiques nombreuses qui sont situées dans la tumeur reconnaissent donc une double origine. Le plus grand nombre est formé par la nécrose en masse ; quelques-unes doivent être rapportées à la

nécrose de coagulation. Ces deux processus dégénératifs peuvent s'associer sur un point et concourir ensemble à la production des cavités kystiques.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous donnerons d'abord une description du type commun de l'ulcus rodens, de la forme banale, puis nous décrirons à part les formes assez particulières ou assez communes pour mériter de constituer des types spéciaux.

TYPE GÉNÉRAL

L'ulcus rodens débute généralement par une papule pâle ou un petit nodule qui se développe insidieusement puis s'ulcère. L'ulcération peut être très précoce, de sorte qu'elle paraît constituer la lésion initiale; d'autres fois elle se fait attendre et pendant longtemps, des mois ou des années, la maladie est constituée par une petite tumeur du volume d'un grain de chènevis ou d'un pois, sessile, d'un rose jaunâtre demi-transparent ou différant à peine par sa couleur de la peau normale voisine, quelquefois gris ardoisé ou brune, couverte d'un épiderme mince, parcourue par quelques ramifications veineuses dilatées, de consistance ferme, indolente ou s'accompagnant seulement d'une très légère démangeaison. Ce nodule est constitué par un tissu très mou et friable qui se laisse enlever très facilement par la curette et dont les fragments ainsi détachés sont franchement jaunâtres. Cette mollesse à la curette contraste avec la dureté au toucher de la tumeur intacte.

L'ulcère qui représente la période d'état de la maladie est arrondi, de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs. Le fond en est généralement masqué par une croûte brune ou noirâtre assez mince; il est constitué par une surface rose jaunâtre lisse ou finement mamelonnée, douce mais ferme au toucher et sécrétant une sérosité jaunâtre ou rosée, mais pas de pus, si ce n'est quand il y a un peu d'inflammation surajoutée. Cette surface ulcérée, bien qu'assez friable, saigne moins facilement que les autres formes d'épithélioma, et on peut la toucher sans faire venir du sang. L'enduit néoplasique qui forme le fond de l'ulcère se laisse très facilement enlever à la curette sous forme d'un tissu jaunâtre friable. Le fond de l'ulcère est généralement un peu déprimé au-dessous du niveau des parties voisines, quelquefois à peu près au même niveau. La palpation y démontre une induration mince mais très nette.

Les bords sont taillés à pic ou en talus rapide, ils ne sont jamais décollés et ils sont immédiatement bordés d'un bourrelet dur, un peu

saillant, qui est caractéristique. Ce bourrelet, le « rolled edge » des auteurs anglais, offre une largeur de 1 à 5 millimètres, sa saillie ne dépasse guère un millimètre et a souvent moins ; son versant interne se confond avec les bords de l'ulcère, son sommet et son versant externe présentent une teinte rose jaunâtre ou d'un gris perle avec une certaine demi-transparence ; quelquefois, surtout au front, il offre une teinte franchement grise ou noirâtre ; il est recouvert d'un épiderme mince, lisse, tendu, laissant voir quelques varicosités veineuses superficielles ; il se continue en dehors avec la peau saine sans zone de rougeur ou d'inflammation.

Ce bourrelet présente à la palpation une dureté toute particulière et très caractéristique ; c'est la dureté cartilagineuse, parfois presque ligneuse des tumeurs malignes, mais bien limitée et donnant la sensation d'un rebord net. Cet ourlet dur se continue avec l'induration sous-jacente à l'ulcère, et fait bien comprendre que la lésion est constituée par une plaque néoplasique dure et bien limitée, épaisse de quelques millimètres et dont toute la partie centrale est creusée par une ulcération peu profonde.

Le bourrelet mince et dur qui ourle l'ulcération est un des caractères les plus importants et les plus constants de l'ulcus rodens. Il peut cependant varier de largeur autour d'une même lésion : il peut s'amincir au point de n'être plus visible, mais seulement perceptible au doigt comme un bord dur ; il peut ailleurs former une large bande. Si la lésion s'enflamme, l'ulcération suppure et une zone rouge d'œdème inflammatoire masque le bourrelet néoplasique à la vue et au toucher. Il peut encore arriver que, le processus ulcératif réduisant le néoplasme à un mince enduit, toute induration disparaît et l'on se trouve en présence d'un ulcère souple, torpide, taillé dans les tissus sains.

Ce bourrelet néoplasique est en général solide et compact, ou, s'il y a des formations kystiques, elles ne sont visibles qu'au microscope. Dans un cas (obs. VII) le bourrelet, très développé, plus large et plus saillant que d'habitude, avait l'aspect franchement kystique et à la coupe on le voyait criblé de kystes miliaires qui lui donnaient l'aspect d'une éponge.

L'ulcus rodens est généralement à peu près indolent, les malades n'accusent spontanément aucune douleur, mais si on les presse ils reconnaissent une certaine démangeaison, quelques très légers élancements douloureux.

Les ganglions lymphatiques de la région restent toujours indemnes. Nous ne les avons vus engorgés qu'une seule fois, chez une femme atteinte d'un ulcus rodens térébrant du centre de la face, ayant détruit le nez et une partie de la lèvre supérieure. On trouvait une douzaine de ganglions, du volume d'une noisette, situés sur les joues, au-devant

des oreilles, sous la mâchoire et sur les deux côtés du cou, ganglions très durs, indolents, sans inflammation, adhérents à la fois à l'aponévrose sous-jacente et à la peau qui était froncée et rétractée à leur niveau, comme on le voit dans le squirrhe du sein. Beadles rapporte un cas d'envahissement ganglionnaire qui est le seul qu'il ait vu. Il s'agit d'un homme de 46 ans portant depuis 15 ans un ulcus rodens qui avait détruit une grande partie du côté droit de la face. Deux ans avant on avait enlevé un ganglion du cou qui était envahi par le néoplasme. A l'autopsie, Beadles trouva un ganglion sous-maxillaire gros comme un pois qui dans une extrémité présentait quelques amas épithéliaux à structure glandulaire et sans kératinisation.

L'ulcus rodens évolue toujours avec une grande lenteur et il met généralement plusieurs années à atteindre une largeur de 2 ou 3 centimètres. Du reste la marche est irrégulière : l'étendue des lésions n'est nullement proportionnelle à leur durée et elles peuvent rester stationnaires pendant des années pour prendre tout d'un coup une allure relativement rapide. La maladie durait depuis six ans et trois mois en moyenne quand les malades nous ont consulté pour la première fois, et grâce aux récidives certains sont restés plusieurs années en observation, jusqu'à 6 et 8 ans. Chez l'une d'elles, la femme S... (obs. XXII) l'ulcus rodens durait depuis 12 ans quand elle a été observée pour la première fois ; actuellement, c'est-à-dire 8 ans après, il persiste encore quoique très fortement amélioré.

Deux de nos cas duraient depuis 20 et 26 ans au moment où nous les avons vus pour la première fois. Chez l'une de nos malades, l'ulcération n'avait guère que la grandeur d'une pièce de 2 francs, elle occupait la lèvre supérieure, l'aile droite du nez, la narine droite et la sous-cloison; la malade, âgée de 70 ans, affirmait que la lésion grandissait beaucoup plus vite depuis quelques mois, après être restée 25 ans presque stationnaire.

D'autres cas, en revanche, étaient tout à fait récents quand ils sont venus réclamer nos soins, et les malades n'avaient remarqué quelque chose d'anormal que depuis 2 ou 3 mois. Les lésions étaient généralement fort petites.

Tous les auteurs ont depuis longtemps remarqué que l'ulcus rodens siège presque toujours à la partie supérieure de la face. Il y a un point plus fréquemment atteint que tous les autres, c'est le voisinage de l'angle interne de l'œil ou plutôt les parties latérales de la racine du nez ; ce n'est pas sur la caroncule ou la commissure palpébrale que débute la lésion, bien que ces parties soient très promptement envahies, c'est à 1 centimètre au-dessous ou en dedans. En deuxième ligne, au point de vue de la fréquence viennent le lobule et les ailes du nez, de sorte que sur 85 cas où le point de départ a été

noté, le nez et l'angle interne de l'œil sont cités 54 fois. Ensuite viennent les joues surtout à leur partie supérieure au voisinage du rebord orbitaire inférieur, 17 fois ; le front et la tempe 6 fois, la lèvre supérieure 4 fois ; la région rétro-auriculaire, l'oreille, le cou et le menton chacun une fois. En somme, 77 fois sur 85 c'est la partie supérieure de la face qui a été atteinte. La statistique de Bowlby fournit à peu près les mêmes résultats : tous les cas sauf deux siégeaient à la face.

Un fait bien digne de remarquer c'est que la lèvre inférieure, qui est le siège si fréquent du cancroïde à globes épidermiques, n'est jamais atteinte par l'ulcus rodens : nous n'en avons pas observé et nous n'en avons pas trouvé d'observation concluante.

On a cependant signalé des cas d'ulcus rodens dans les régions les plus diverses : au cuir chevelu (1) (Clutton), au cou (obs. pers. Bowlby), sur la poignée du sternum (Colcott Fox, George Fox), au sein (Robinson), à l'abdomen (Rolleston), dans les deux aines (Pigg), dans le dos (Bowlby, Kreibich), à l'avant-bras (Hutchinson junior), à la cuisse (Bidwell).

Dans un certain nombre de cas les lésions étaient multiples et leur apparition avait été généralement successive : 1° Femme A..., 59 ans (Obs. IX), une lésion ulcérée sur le rebord orbitaire inférieur droit, un nodule perlé sur le côté gauche du lobule du nez. — 2° Mme B..., 79 ans, une ulcération de 6 centimètres de large sur la tempe droite, une ulcération de 2 centimètres avec bourrelet dur à l'angle interne de l'œil gauche. — 3° Mme F..., 60 ans, une ulcération sur la joue droite et une autre sur l'aile droite du nez. — 4° Obs. VIII, trois ulcérations, une derrière l'oreille droite et une de chaque côté de la racine du nez. — 5° Obs. III, une série de lésions probablement de même nature ont été successivement opérées sur la joue droite, à l'angle de l'œil droit, sur l'aile gauche du nez, sur la joue gauche.

Nous ne citerons que pour mémoire les cas de multiplicité apparents où plusieurs ulcérations voisines proviennent d'une seule lésion primitive qui s'est fragmentée par cicatrisation partielle, et les cas de tumeurs multiples non ulcérées qui constituent un type spécial que nous étudierons à part.

Il se fait souvent au cours de la maladie des cicatrisations partielles et temporaires soit à la suite d'interventions thérapeutiques d'une nature ou d'une autre, soit spontanément. La cicatrisation spontanée est le plus souvent consécutive à l'ulcération et on peut admettre que le processus de nécrose cellulaire, qui accompagne et produit

(1) Nous ne parlons que du point de départ, car le cuir chevelu a été atteint secondairement, dans bon nombre de cas d'ulcus rodens ayant débuté par la tempe ou le front (obs. pers., C. Fox, Thibierge, etc.).

l'ulcération, peut arriver à détruire tout le néoplasme en certains points; rien n'empêche dès lors la cicatrisation de se faire.

On peut alors voir l'ulcus rodens progresser et s'étendre par sa périphérie en laissant derrière lui du tissu de cicatrice, formant un ulcère serpigineux tout à fait analogue à une syphilide tertiaire. On y trouve des arcs de cercle plus ou moins réguliers formés par un bourrelet dur, une zone ulcérée et un centre cicatriciel.

D'autres fois, il n'y a pas d'ulcération, le néoplasme est remplacé par du tissu de sclérose quelquefois sans réaction inflammatoire visible. La cicatrice s'étend toujours bordée d'un bourrelet dur. Lorsque ce processus est très accusé, il en résulte un type spécial d'ulcus rodens que nous décrirons à part sous le nom de forme atrophique.

Enfin quelquefois cette substitution du tissu de sclérose au tissu épithélial s'accompagne d'une inflammation visible qui masque les caractères habituels de l'ulcus rodens et d'une infiltration de cellules plasmatiques qui prépare la résorption du néoplasme. Le cas suivant est un remarquable exemple de cette évolution et il est intéressant à plusieurs titres.

Obs. VIII. — Pierre Gou..., pêcheur, se présente à notre observation pour la première fois en novembre 1894, avec des ulcérations multiples de la face.

Antécédents héréditaires. — Sa mère, morte à 78 ans, avait quelques croûtes séniles sur la face ; elle avait notamment sur le côté droit du nez une petite lésion verruqueuse qui n'a jamais grandi. Son père, mort à 86 ans, n'a jamais eu aucune lésion cutanée.

Antécédents personnels. — Vers l'âge de 18 ans il a vu apparaître une petite lésion squameuse du côté droit de la racine du nez, c'était comme une écaille de poisson qui tombait de temps en temps puis se reproduisait. Une dizaine d'années après, une lésion analogue s'est montrée derrière l'oreille droite. Au bout de quelques années ces lésions se sont ulcérées et recouvertes d'une croûte. Vers l'âge de 40 ans une troisième lésion analogue est apparue du côté gauche de la racine du nez. Il s'est ainsi produit trois ulcérations torpides qui ont persisté sans grand changement jusqu'au moment présent.

En *novembre 1895* le malade, âgé de 48 ans, entre à l'hôpital Saint-Jean pour des chancres durs qui ont été suivis des accidents secondaires habituels. On trouve de chaque côté de la racine du nez une ulcération de 10 à 15 millimètres de large, arrondie, à surface saillante, rouge, mamelonnée, saignant facilement et recouverte d'une croûte noirâtre. Les bords sont nets mais ne sont pas entaillés, de sorte que le fond de l'ulcération se continue avec la peau saine. Les ulcères sont souples sans induration ni infiltration. En arrière de l'oreille droite se trouve une ulcération tout à fait semblable mais irrégulière et mesurant 3 centimètres de large Toutes ces ulcérations sont complètement indolentes.

Au bout de trois semaines de traitement avec une pommade à l'oxyde de zinc, les ulcères sont à peu près cicatrisés. Sur le côté droit de la racine du nez on trouve une plaque un peu infiltrée avec un centre déprimé et cicatriciel entouré d'un léger bourrelet de consistance molle. Sur le côté gauche on trouve inversement le centre de la lésion occupé par une partie un peu bombée ferme à la palpation, entourée d'un zone cicatricielle. Derrière l'oreille droite se trouve au centre de la lésion une partie non encore complètement cicatrisée, un peu saillante et de consistance ferme, entourée d'une zone irrégulière de 1 centimètre de large, brunâtre et bosselée par des petits infiltrats limités et assez mous et quelques nodules un peu plus durs.

On fait une biopsie de la lésion située derrière l'oreille.

Un mois plus tard on trouve sur le côté droit du nez une cicatrice mince, plane et parfaitement souple ; sur le côté gauche une cicatrice plus grande un peu dure au centre ; derrière l'oreille droite une cicatrice plane mince avec une bordure saillante et de consistance chéloïdienne à sa partie postérieure ; sur la cicatrice et dans son voisinage se trouvent une demi-douzaine de petites pustules miliaires surmontées d'une croûte.

En *juillet 1897*, du côté droit du nez on voit autour de la cicatrice trois nodules gros comme des grains de chènevis, saillants, de consistance ferme, de couleur blanc-rosé, l'un d'eux est ulcéré au sommet. Du côté gauche la cicatrice est saine. Derrière l'oreille droite est un placard rouge de 3 centimètres sur 2, un peu épaissi, semé de petites ulcérations recouvertes d'une croûtelle.

En *mai 1900*, sur le côté droit du nez, au-dessous de l'angle de l'œil et sur le siège de l'ancienne cicatrice est une tumeur aplatie grosse comme un haricot, saillante, dure, ulcérée au centre ; à un centimètre plus bas, à la partie moyenne du nez est une tumeur large de 1 centimètre, ronde, saillante, vaguement mamelonnée, recouverte d'un épiderme mince et écailleux avec quelques veinules rouges. Sa consistance est ferme, tendue, donnant l'impression d'un kyste. Du côté gauche du nez est une cicatrice blanche mince et souple. Derrière l'oreille droite est une plaque de 5 centimètres sur 3, rouge terne, semée de petites ulcérations croûteuses et de nodules superficiels durs.

Application de pâte arsenicale sur la plaque derrière l'oreille.

Le malade, très irrégulier et très fugace, a disparu sans qu'on puisse suivre la cicatrisation.

Le *3 juillet 1901* il revient avec une large plaque indurée de 5 centimètres sur 3 derrière l'oreille, cette plaque est semée de petites ulcérations et grandit un peu depuis quelque temps. Sur le côté droit du nez la lésion persiste. Sur la lèvre inférieure s'est développée une gomme syphilitique.

Examen microscopique. — Plusieurs fragments de la tumeur sont soumis à l'examen microscopique. Ils sont constitués dans presque toute leur étendue par du tissu conjonctif infiltré de cellules. Dans chaque coupe se trouvent un certain nombre de travées et d'îlots de tissu fibreux adulte, infiltrés seulement par quelques cellules fixes. Leurs bords sont diffus ; les fibres conjonctives qui les constituent s'écartent de plus en plus les unes des autres et laissent entre elles des lacunes remplies de cellules

d'infiltration. Plus loin les fibrilles conjonctives très dilatées constituent un réseau très délicat véritablement bourré de cellules d'ordres divers : cellules fixes hyperplasiées et hypertrophiées, cellules plasmatiques en très grande majorité, lymphocytes. Les vaisseaux sanguins sont assez nombreux, mais peu dilatés.

Dans la zone papillaire du derme l'infiltration est beaucoup moins intense. Elle disparaît presque dans la région immédiatement sous-épidermique.

Dans ce tissu d'infiltration circulent les canaux excréteurs de quelques glandes sudoripares et dans les coupes d'un des fragments examinés, on trouve, très loin de l'épiderme et sans connexion avec lui, deux petits îlots épithéliaux à peu près arrondis, situés côte à côte et formés chacun de 8 à 12 cellules épithéliales. Sur d'autres coupes ces deux îlots s'anastomosent entre eux et avec un troisième tout aussi petit, donnant ainsi l'image d'une feuille de trèfle. Les éléments épithéliaux qui les constituent présentent tous les caractères des cellules de l'ulcus rodens. Il n'y a ni lésion de dégénérescence, ni productions kystiques. Sur un certain nombre de coupes portant sur trois fragments différents de la tumeur, on ne trouve que ces quelques amas épithéliaux, noyés dans le stroma. En somme, toute la coupe est occupée par un tissu de plasmome dans lequel on ne trouve que quelques très petits îlots de tissu néoplasique.

La cicatrice ainsi produite, spontanée ou même provoquée par des interventions insuffisantes, n'est généralement pas saine, elle recèle des germes de récidive qui se montrent au bout d'un temps plus ou moins long et qui peuvent se rattacher à trois types : superficiel, moyen ou profond. Le type superficiel sera mieux étudié à propos de la forme atrophique de l'ulcus rodens. Le type moyen des germes de récidive est de beaucoup le plus commun. Il se manifeste dans la cicatrice même ou plus souvent sur les bords, sous forme de nodules grisâtres ou rose-jaunâtre, fermes, un peu saillants, tout à fait semblables à ce que nous avons décrit comme nodules de début ; ces nodules grandissent et s'ulcèrent de bonne heure, donnant naissance à des ulcérations du type habituel, évoluant indépendamment, formant un groupe irrégulier autour de la cicatrice, se développant aux dépens de la peau saine et de la cicatrice elle-même, et pouvant confluer et se confondre.

Les récidives profondes se font sous deux formes. Une première, plus commune, se fait généralement au bord de la lésion. C'est une véritable tumeur, atteignant le volume d'une petite noisette, soulevant la peau saine. Elle est constituée par un amas arrondi de tissu épithéliomateux mou, friable, jaunâtre, enkysté par du tissu fibreux. Quand il arrive à perforer la peau, il donne naissance à un ulcère plus profond, souvent adhérent au périoste sous-jacent mais offrant du reste tous les caractères de l'ulcus rodens, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. La deuxième forme de récidive pro-

fonde est constituée par un nodule fibreux, dur, mal limité, adhérent aux parties voisines et notamment au périoste. A la coupe, il présente les caractères du squirrhe et l'examen microscopique montre une masse dense de tissu fibreux dans laquelle sont disséminés de très petits îlots de tissu épithéliomateux un peu différents du type habituel de l'ulcus rodens ; les cellules sont plus grandes et ont une certaine disposition à former des ébauches de globes épidermiques.

Obs. IX. — Mme A..., 59 ans, a remarqué depuis deux ans un petit tubercule dur situé sur le rebord orbitaire inférieur droit. Ce tubercule a graduellement acquis les dimensions d'une pièce de 50 centimes, puis il s'est ulcéré à l'occasion de quelques applications de chlorate de potasse. Cette lésion qui était devenue adhérente à l'os, est excisée en mai 1895.

La cicatrice qui succède à cette opération est douloureuse, elle est adhérente à l'os, sous-jacente, et l'on y sent un noyau dur, un peu douloureux et faisant corps avec l'os.

Sur le côté gauche du lobule du nez se trouve un tubercule dur, perlé, de 3 millimètres de large, présentant tous les caractères de l'ulcus rodens au début. C'est par un nodule semblable que la tumeur sous-orbitaire a commencé.

Le 25 juillet 1895, on extirpe la tumeur sous-orbitaire qui forme une petite masse dure et fibreuse adhérente à l'os. Celui-ci paraît cependant être sain.

On extirpe en même temps le petit nodule du lobule du nez et une petite plaque de kératose sénile située sur le front.

L'examen microscopique a porté sur le petit tubercule dur du lobule du nez, et sur la tumeur du rebord orbitaire inférieur.

Le nodule du nez montre la structure ordinaire de l'ulcus rodens ; ce sont des amas arrondis de petites cellules très tassées, développés dans la partie superficielle du derme, enkystés dans des alvéoles de tissu fibreux d'où ils se détachent sur les pièces par suite de leur rétraction. Ces amas épithéliaux sont unis entre eux par des prolongements et se rattachent au centre à un amas qui fait corps avec l'épiderme, lequel n'est pas ulcéré mais seulement aminci et formé de cellules petites, identiques à celles du néoplasme.

La tumeur sous-orbitaire présente une structure différente. Elle est principalement formée d'une masse de tissu fibreux, infiltré par places de cellules plasmatiques. Dans cet abondant tissu fibreux sont logés de petits amas épithéliaux très clairsemés, isolés ou réunis en petits groupes. Ces amas sont allongés ou arrondis, formés d'un petit nombre de cellules assez petites avec un noyau vésiculeux moins riche en chromatine que ne le sont en général les noyaux des cellules de l'ulcus rodens. Le centre de ces amas est souvent occupé par un petit globe corné ; dans ce cas, la couche des cellules qui entoure le globe corné se réduit à deux ou trois rangées de cellules. Il y a souvent de grands espaces de tissu fibreux sans le moindre amas épithélial.

Obs. X. — R..., charpentier, âgé de 56 ans, est vu pour la première fois, en janvier 1892. Il a une ulcération qui s'est montrée il y a 18 mois près de l'angle interne de l'œil gauche et s'est depuis étendue sur le nez et la joue. Il est fait un premier curettage de l'ulcération qui se cicatrise.

Il revient en août 1894 avec une rechute qui date de 7 ou 8 mois, et qui est constituée par trois ulcérations. La plus grande est large comme une pièce de 50 centimes et siège à la partie interne de la paupière supérieure gauche ; la seconde, large comme un grain de blé, est située sur le côté gauche de la racine du nez ; entre les deux se trouve la cicatrice de l'opération de 1892. Sur la joue gauche, au-dessous de l'angle interne de l'œil se trouve une cicatrice due à une opération faite dans cette région en 1892 également. Sur le bord de la cicatrice se trouvent : une ulcération de 5 millimètres de large, creusée à l'emporte-pièce ; un petit nodule jaunâtre que la curette entame et enlève facilement, son tissu étant très friable, une petite tache noirâtre, grande comme un grain de blé et qui est détruite au galvano-cautère. Toutes les ulcérations sont raclées et cautérisées au chlorure de zinc.

Janvier 1895. Les cicatrices sont saines sauf un nodule dans le sourcil qui est curetté.

Juin 1895. Nouvelle récidive dans le sourcil. Curettage.

Mai 1896. Sur la joue gauche, au voisinage de la cicatrice, sont deux nodules épithéliomateux lenticulaires de couleur gris foncé. A la partie interne de la paupière supérieure gauche est une cicatrice rétractée avec une ulcération de la grandeur d'une lentille au-dessous de laquelle est un noyau dur, gros comme une fève, un peu irrégulier et logé dans l'angle supéro-interne de l'orbite. Cette petite tumeur est d'une dureté ligneuse mobile sur les parties profondes, adhérente à la peau au niveau de la petite ulcération sus-mentionnée.

Excision de l'ulcération de la joue ; extirpation de la tumeur de l'orbite.

Novembre 1896. En dehors de la cicatrice de la paupière est un point jaune qui est curetté. La cicatrice de la joue est ardoisée, dure à sa partie supérieure, avec un peu d'empâtement sous-jacent. Le curettage, fait après cocaïnisation, permet d'enlever des masses friables, gris jaunâtre remplissant une cavité de la grandeur d'un haricot qui s'étend sous la peau vers le nez et dans la profondeur jusqu'au périoste. Curettage complet et cautérisation au chlorure de zinc.

L'examen microscopique confirme le diagnostic clinique en montrant qu'il s'agit du type trabéculo-alvéolaire de l'ulcus rodens. Le stroma, relativement assez peu abondant, est formé de tissu fibreux adulte peu infiltré de cellules. Il y a du pigment mélanique au niveau de quelques amas alvéolaires épithéliomateux.

FORME NODULAIRE

Nous avons vu précédemment que l'ulcus rodens débute généralement par un nodule pâle qui ne tarde pas à s'ulcérer et que les récidives se font également par des nodules semblables. Si donc on

observe la maladie à son début, on la trouve représentée non par un ulcère, mais par une petite tumeur du volume d'un grain de chènevis à un pois.

Cette période peut durer quelquefois fort longtemps, le nodule primaire peut acquérir un volume et des caractères un peu spéciaux et à ce titre constituer un type clinique particulier. Nous avons déjà signalé des cas d'ulcus rodens multiples ; cette multiplicité des lésions est particulièrement fréquente dans les cas qui restent à l'état nodulaire.

La petite tumeur qui caractérise cette forme offre le volume d'un grain de mil à une petite noisette. Les plus petites sont un peu pâles, mais diffèrent à peine de la couleur de la peau normale ; on voit seulement une petite saillie miliaire, un peu dure au doigt.

Le plus souvent la tumeur a le volume d'un gros pois, elle est arrondie, hémisphérique. faisant une saillie de 2 à 4 millimètres. Elle s'élève brusquement sur la peau saine voisine ; sa surface est régulière ou vaguement bosselée. Sa couleur est pâle, nacrée ou d'un rose un peu jaunâtre, avec une certaine demi-transparence. On y distingue quelquefois des marbrures grises ou ardoisées dues à une pigmentation superficielle ou bien des points nacrés plus transparents et d'apparence kystique. L'épiderme qui le recouvre est mince, tendu, luisant, faisant corps avec la tumeur, parfois vaguement squameux. La surface est parcourue par quelques veinules dilatées qui s'irradient du bord vers le sommet et qui s'aperçoivent à travers l'épiderme transparent.

A la palpation, on trouve que ces tumeurs sont assez molles, parfois fluctuantes quand on les palpe avec un seul doigt ; mais, quand on les saisit entre deux doigts, on les trouve très résistantes et bien limitées. Elles sont toujours mobiles sur les parties profondes, généralement très superficielles et comme surajoutées à la peau, d'autres fois enchâssées dans le derme mais jamais bien profondément et jamais on ne trouve d'infiltration du voisinage.

Kystes. — La consistance molle des tumeurs, leur demi-transparence donne souvent l'impression d'un kyste. Bien que cette apparence puisse appartenir à des tumeurs parfaitement solides, il n'en est pas toujours ainsi. Les kystes sont très fréquents et toujours multiples. Tantôt ce sont des kystes microscopiques et reconnaissables seulement sur les préparations ; tantôt ce sont des kystes volumineux occupant la plus grande partie de la tumeur, remplis d'un liquide incolore ou jaunâtre, clair, généralement un peu gommeux, quelquefois très épais et comme gélatineux. Les tumeurs franchement kystiques ne diffèrent guère des autres au point de vue de la consistance, mais la demi-transparence y est plus marquée. On peut souvent y distinguer plusieurs kystes transparents séparés par des bandes plus

grises correspondant aux cloisons. Il n'est pas rare que ces kystes se rompent par accident, se vident et se reforment de nouveau.

Obs. XI. — Mme F..., 77 ans. La lésion actuelle a débuté il y a deux ans ; à cette époque, on trouvait un nodule du volume d'un grain de chènevis, depuis lors elle a progressivement grossi, s'accompagnant d'un prurit assez vif et intermittent. La lésion s'est une fois rompue spontanément, donnant issue à un peu d'eau. Actuellement, on trouve à peu près au niveau de l'os malaire gauche, sur le rebord inférieur de l'orbite, une petite tumeur d'un centimètre de large environ, faisant une saillie de 3 millimètres environ, à surface et à contours lobulés. Elle paraît formée de trois nodules accolés : l'un d'entre eux, très plat et affaissé, le second, du volume d'un grain de chènevis, arrondi, de couleur rose, différant à peine de celle de la peau normale, mais avec une demi-transparence marquée. Le dernier, plus gros, a le volume d'un pois, il est rosé et franchement translucide. L'épiderme qui les recouvre est mince, tendu, avec une faible desquamation et sillonné par quelques veinules dilatées. L'ensemble de la tumeur présente une consistance ferme, et paraît en partie logé dans l'épaisseur de la peau. Mais quand on les touche avec un seul doigt, les deux bosselures saillantes et surtout la plus grosse sont très molles, dépressibles et nettement fluctuantes. Cette dernière constitue évidemment un kyste à paroi mince et à contenu clair. La ponction donne issue à un liquide clair, à peu près incolore avec une très faible viscosité.

Pas de rougeur au pourtour. La peau de la face est fine avec quelques rares verrues séniles disséminées, quelques petites taches brunes et quelques varicosités, mais pas de kératose sénile.

Extirpation.

A l'examen microscopique des coupes on trouve les caractères du type alvéolaire de l'ulcus rodens. Presque tous les grands alvéoles sont le siège d'une nécrose en masse qui, dans beaucoup d'entre eux, a déterminé la formation de kystes. Il y a aussi quelques kystes épidermiques. Le stroma est formé de tissu fibreux pur, dense, présentant de loin en loin quelques îlots d'infiltration cellulaire.

Il est fréquent de voir à la surface des petites tumeurs non ulcérées des points blanchâtres opaques, gros comme une tête d'épingle et au-dessous. Quand on les pique il en sort une matière crémeuse ou puriforme constituée par des cellules épidermiques kératinisées et souvent nucléées. Quelquefois ces kystes épidermiques à contenu crémeux sont très nombreux, la petite tumeur en est criblée et on est porté à faire le diagnostic d'adénome sébacé. L'examen microscopique montre la structure ordinaire de l'ulcus rodens; les glandes sébacées sont atrophiées comme d'habitude et les points blanchâtres opaques sont des kystes épidermiques développés dans les follicules pileux dont la paroi est épithéliomateuse. Ce sont les analogues des globes cornés folliculaires que le microscope fait découvrir dans un assez grand nombre de cas.

Obs. XII. — Mme D..., âgée de 49 ans, porte au milieu de la paupière supérieure droite une petite plaque ovalaire de 6 millimètres sur 5, bien limitée, formant un petit plateau saillant de 1 millimètre, assez ferme au toucher et paraissant appliqué à la surface de la peau, qui ne présente à ce niveau aucune infiltration. A la surface de cette tumeur, on remarque quelques marbrures brunes et quelques points blancs qui paraissent correspondre à des glandes sébacées dilatées. On y observe en outre une série de petits orifices d'un quart à un demi-millimètre de large par où la pression fait sortir une matière blanche comme du fromage mou. Cette lésion remarquée depuis 18 mois a grandi pendant quelques mois, puis est restée stationnaire.

Au-dessus de l'arcade sourcilière droite se trouve une petite corne de 8 millimètres de long offrant les caractères cliniques et histologiques habituels des cornes cutanées.

Histologiquement, la tumeur se rapporte au type alvéolaire de l'ulcus rodens. La région centrale des plus grands alvéoles est le siège d'une nécrose en masse qui se présente à tous les stades que nous avons indiqués dans la description générale. Quelques alvéoles sont devenus complètement kystiques sous l'influence de ce processus de dégénérescence. D'autres alvéoles très superficiels, adhérant à l'épiderme sur une assez grande étendue, renferment une cavité kystique anfractueuse qui peut s'ouvrir à l'extérieur ou être recouverte par une mince languette épidermique. On a alors une disposition tout à fait identique à celle représentée dans la fig. 4. La nécrose de coagulation s'observe dans quelques alvéoles.

Le stroma est formé de tissu adulte, modérément infiltré de cellules.

Pigmentation. — Un certain degré de pigmentation n'est pas rare dans toutes les formes d'ulcus rodens et nous aurons particulièrement à les signaler dans la forme atrophique. Dans la forme nodulaire, elle est plus rare ; on peut cependant l'observer et il est des cas où elle peut être très marquée, comme dans le cas suivant.

Obs. XIII. — Mme G..., 45 ans, très brune avec disposition à l'hypertrichose, a depuis un an remarqué sur le côté gauche de la racine du nez une petite tumeur indolente du volume d'une tête d'épingle. Elle a été détruite l'année dernière avec une pointe de feu et a récidivé quelques mois après.

On trouve actuellement à un centimètre de l'angle interne de l'œil gauche, une petite tumeur de 2 à 3 millimètres de large, arrondie, saillante, dure, bien limitée, superficielle, mobile sur les plans profonds. Dans la plus grande partie de son étendue cette petite tumeur est pâle et ne diffère de la couleur de la peau normale que par une demi-transparence perlée. Sur un de ses côtés se trouve une petite tache d'un noir d'encre, irrégulière, bien limitée, occupant un tiers de la surface de la tumeur.

Excision au bistouri. Au cours de l'opération, le couteau entame un peu la tache noire et il en sort un liquide épais et noir comme du cirage.

La tumeur, très petite, est divisée par des tractus fibreux en un petit

nombre de lobules distincts. On en voit deux ou trois sur chaque coupe. Sur les préparations, chaque lobule contient un seul grand alvéole à centre kystique ou une nappe épithéliale sillonnée par des trabécules conjonctives anastomosées et entrecroisées. Les grands placards respectés par ces trabécules conjonctives sont également creusés de lacunes kystiques.

Les cellules du néoplasme ont leurs caractères ordinaires. Le seul caractère important de la tumeur est constitué par la présence du pigment mélanique. Celui-ci est contenu soit dans les nappes épithéliales, soit dans l'intérieur des lacunes kystiques, soit dans le stroma conjonctif. Il affecte donc absolument la même distribution que dans l'observation XXII. Comme ici il est intra ou extra-cellulaire et ne présente pas les réactions du pigment ferrique.

Tumeurs multiples. — La multiplicité des lésions n'est pas rare dans l'ulcus rodens typique et nous en avons signalé des cas ; elle est cependant particulièrement fréquente dans la forme nodulaire. On voit quelquefois une demi-douzaine de nodules réunis en groupe ou disséminés en différentes parties de la face, surtout aux paupières et dans leur voisinage.

Obs. XIV. — M[me] M..., 42 ans, tailleuse. La lésion a débuté il y a six ou sept ans par une petite papule située sur le côté gauche du nez. Elle a grossi lentement au début, puis plus vite depuis deux ans. On trouve actuellement sur le bord supérieur de l'aile gauche du nez une tumeur arrondie de 10 millimètres sur 8, faisant une saillie hémisphérique de 2 millimètres s'élevant brusquement sur la peau saine sans infiltration profonde ; d'une couleur rose jaunâtre, différant très peu de celle de la peau saine ; elle n'est pas franchement translucide, mais n'est pas non plus franchement opaque. Le pourtour de la tumeur présente un aspect godronné dû à de petits mamelons de 1 à 2 millimètres de large. Elle est recouverte d'un épiderme mince, tendu, finement écailleux, laissant voir par transparence quelques fines veinules superficielles. Sa consistance est plutôt molle, mais sans fluctuation nette. Elle est complètement indolente et n'a jamais été ulcérée.

Sur le côté droit du nez on trouve deux papules miliaires, saillantes, superficielles, pâles, fermes, qui paraissent représenter le début de la même lésion car la tumeur du côté gauche a débuté de la même manière.

La peau de la face est fine, le teint légèrement coloré.

La tumeur principale est enlevée au bistouri et les fragments sont fixés par l'alcool et par le sublimé acétique.

Histologiquement le néoplasme est un ulcus rodens du type alvéolaire. Quelques rares alvéoles contiennent des kystes, dus au processus de nécrose en masse.

Le stroma, peu abondant, est formé de tissu conjonctif adulte, modérément infiltré de cellules (fig. 3).

Obs. XV. — Mme L..., âgée de 68 ans, se présente à la clinique, le 18 mai 1896.

Depuis une douzaine d'années elle a vu se développer sur sa face une série de croûtes séniles,surtout sur les paupières et le nez. Elles s'accompagnent comme d'habitude de pigmentation tachetée, de varicosités veineuses et de décoloration plus marquée aux paupières inférieures. La peau de la face dorsale des mains est sèche, plissée, flétrie avec de nombreuses taches pigmentaires mais pas de productions cornées.

Sur la paupière gauche, à 1 centimètre au-dessous de l'angle interne de l'œil, se trouve une petite tumeur hémisphérique du volume d'un petit pois, mobile sur les parties profondes, faisant corps avec la peau qu'on ne peut plisser à sa surface, d'une couleur blanc-rosé,avec une demi-transparence nacrée, recouverte d'un épiderme mince, lisse et tendu ; sa surface est parcourue de quelques dilatations veineuses ; quand on l'anémie par la pression sa couleur ne diffère pas de celle de la peau voisine ; elle est indolente, molle à la palpation exercée avec un seul doigt, mais résistante quand on la saisit latéralement.

Du côté opposé et symétriquement placée, se trouve une tumeur mesurant 2 centimètres transversalement et un centim. et demi de haut en bas. Elle forme un plateau aplati, saillant de 2 à 3 millimètres, bien limité, à contour un peu irrégulier. Sur son bord supérieur se trouvent trois petites saillies arrondies de 2 à 3 millimètres de large, dépressibles et demi-transparentes. Par la ponction on en fait sortir une goutte de liquide clair et transparent.

Cette tumeur est de couleur rosée, sa surface est parcourue par un réseau de petites veines capillaires ; elle fait corps avec les parties supérieures du derme et elle est parfaitement mobile sur les parties profondes.

Deux petites tumeurs lenticulaires de même nature, rosées, fermes au toucher, se trouvent au-dessous des rebords orbitaires ; une dernière enfin se trouve sur le côté gauche du nez à un centimètre au-dessus de l'aile du nez.

L'examen microscopique montre que toutes les tumeurs se rapportent à l'ulcus rodens. Le groupement des cellules épithéliales est seulement un peu variable suivant les nodules examinés. Les uns affectent le type trabéculo-alvéolaire, les autres le type alvéolaire à grands alvéoles. Sur la partie latérale d'une de ces tumeurs, l'épithélioma affecte la disposition acineuse dessinée dans la fig. 1. Quelques alvéoles sont, dans leur centre, le siège d'une formation kystique due au processus de nécrose en masse. Parfois les lacunes centro-alvéolaires, dans les alvéoles superficiels et adhérents à l'épiderme, s'ouvrent au dehors ou n'en sont séparées que par une mince cloison épidermique (fig. 4). Le stroma, ordinairement fibreux et peu abondant, est muqueux dans quelques rares endroits.

On peut rapprocher de ces cas à tumeurs multiples une observation de James White publiée sous le titre d'épithélioma cystique bénin et que l'auteur rattache aux hidradénomes de Jacquet et Darier. Cependant, malgré le grand nombre d'éléments, une cinquantaine, et leur dissémination très étendue, jusque sur le cou, les épaules et les

bras, l'inégalité de volume des tumeurs, leur structure et leur aboutissement à des ulcères typiques nous paraît les rapprocher plutôt de l'ulcus rodens à forme nodulaire.

Une femme de 45 ans a remarqué les premières papules depuis 11 ans. Actuellement on en trouve une cinquantaine disséminées sur la face, le cou, les épaules et les avant-bras.

On peut y distinguer : 1° des nodules du volume d'une tête d'épingle à un pois de même couleur et de même consistance que la peau voisine; 2° des lésions du volume d'un pois à une pièce de 50 centimes peu saillantes, rouges, à surface unie et lisse ; 3° des lésions de grandeur moyenne dont le sommet est exulcéré et surmonté d'une croûte ; 4° deux ou trois lésions beaucoup plus saillantes, larges de un demi à trois quarts de pouce, avec des bords abrupts et au centre une ulcération creuse. La paupière supérieure droite est occupée par un ulcère allongé, irrégulier, avec des bords infiltrés. Le tiers interne des deux paupières gauches et la partie voisine du nez, sont le siège d'une ulcération qui a détruit toute l'épaisseur de la peau ; le pourtour de cette ulcération est marqué par un bourrelet dur ; son aspect est celui d'un ulcus rodens typique. On trouve des cicatrices disséminées, vestiges de lésions analogues et détruites autrefois par des caustiques. Toutes les lésions ulcérées siègent à la face.

Quatre lésions ont été excisées. Dans une des plus petites, on trouve une masse compacte de cellules épithéliales ressemblant à celles de la partie inférieure de l'épiderme ; cette masse a un contour irrégulier, elle est située dans la partie superficielle du derme ; elle se rattache par des prolongements à l'épiderme, mais non aux glandes. Au centre de la masse épithéliale on trouve un petit kyste corné. Dans les tumeurs plus volumineuses, on trouve des amas épithéliaux multiples en forme de lobules ou de traînées et ressemblant un peu à des conduits sudoripares. Dans les amas on trouve des kystes à contenu homogène ou granuleux dont la paroi présente des cellules en voie de dégénérescence. Dans toutes les tumeurs on trouve des connexions avec l'épiderme, mais non avec les glandes.

Le siège des petites tumeurs non ulcérées est très variable, on peut en trouver à peu près dans tous les points de la face mais surtout aux paupières et au voisinage des ailes du nez ; on ne retrouve pas ici la prédilection pour le voisinage de l'angle interne de l'œil que nous avons signalée dans la forme ulcéreuse, probablement parce que les lésions survenant en ce point ont plus de tendance à s'ulcérer que celles qui siègent ailleurs. Cette interprétation peut s'appuyer sur l'observation précitée de White où seules les lésions voisines de l'angle interne de l'œil se sont ulcérées.

L'indolence de la lésion n'est pas absolue, car si les malades s'en plaignent rarement, on apprend en les interrogeant qu'ils y sentent des picotements, des démangeaisons, de petits élancements.

Ces nodules épithéliomateux se développent très lentement et peuvent persister sans modifications pendant 2, 5 et même 10 ans. En moyenne, nous trouvons que les malades que nous avons opérés connaissaient leur tumeur depuis 2 ans et demi ; mais l'insidiosité du début fait qu'il a pu souvent passer inaperçu.

La tumeur reste assez souvent stationnaire après avoir atteint le volume d'un pois; en tout cas, on en voit rarement de plus grosses, probablement parce qu'elles s'ulcèrent quand elles dépassent ce volume.

L'âge et le sexe des malades n'ont rien de spécial dans cette forme et nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous en avons dit dans notre chapitre d'étiologie générale.

Comme nous le disions en commençant, il n'y a pas de différence fondamentale entre la forme nodulaire et la forme commune, il n'y a que des différences d'aspect,mais celles-ci sont très marquées; c'est par de semblables nodules que l'ulcus rodens débute le plus habituellement, mais dans certains cas la tendance à l'ulcération est moindre et le stade de début persiste longtemps. Cette identité fondamentale est encore accusée par le fait que ces nodules primitifs sont tout à fait identiques au bourrelet marginal des formes ulcéreuses ou atrophiques et aux nodules de rechute qui se font sur la cicatrice spontanée ou opératoire d'un ulcus rodens typique, et comme la cicatrice de la lésion primitive peut être très petite, superficielle et difficile à voir, on peut hésiter quelquefois entre la forme nodulaire vraie et la rechute sous forme nodulaire d'une ancienne lésion.

FORME TÉRÉBRANTE

La forme térébrante de l'ulcus rodens est caractérisée par l'intensité du processus ulcéreux et destructif. Son point de départ est le plus habituellement le nez ou l'orbite et son début est tout à fait semblable à ce qu'il est dans la forme commune. L'ulcération, au lieu de rester lente, torpide et superficielle, s'étend en profondeur et en surface et en rongeant tous les tissus d'une façon égale par destruction moléculaire et quelle que soit leur structure ou leur consistance.

L'ulcération, partie le plus souvent de l'angle de l'œil, creuse en profondeur et devient adhérente aux os du nez qui sont progressivement entamés sans être mis à nu ; elle détruit les téguments du nez et les paupières, puis le squelette osseux et cartilagineux du nez en ouvrant les fosses nasales, les os de la partie interne et inférieure de

l'orbite ; elle pénètre dans l'orbite, mais sans y former de fusées profondes; elle tapisse le globe de l'œil qui résiste longtemps, mais finit par s'enflammer, se vider et s'atrophier, et cela toujours en conservant son caractère d'ulcère, c'est-à-dire sans former de tumeur ou seulement quelques bourgeonnements sans grande importance. La néoplasie forme un tapis, un enduit mince qui couvre toute la surface ulcérée, qui s'étend et s'enfonce, détruisant lentement tous les tissus, sans augmenter lui-même d'épaisseur. La peau, la muqueuse, les cartilages et les os sont détruits de la même façon par la progression de ce tapis néoplasique, sans nécrose visible, sans suppuration. Quand des parties minces comme la paroi extérieure du nez ou la cloison nasale sont attaquées par leur tranche, on voit que la peau, la muqueuse et les os sont coupés nettement au même niveau, sans que le néoplasme ait tendance à fuser le long des téguments, sans que l'os résiste plus que les parties molles. La néoplasie se réduit à un enduit mince, et sur ses limites à un bord dur et mince qui sur la peau présente les caractères du bourrelet de l'ulcus rodens vulgaire. La surface ulcérée est rose jaunâtre, unie ou finement mamelonnée; quand elle forme des bosselures d'une certaine importance, celles-ci sont plus lisses, plus fermes que les bourgeonnements de l'épithélioma vulgaire, dont le type est le cancroïde de la lèvre inférieure.

Il en résulte des destructions étendues des organes de la face. L'ulcération ronge les os, ouvre les cavités de la face et même du crâne. On peut voir toute la partie centrale de la face remplacée par une vaste cavité capable de recevoir un poing d'adulte. Il n'y a pas de lésion plus destructive et l'importance même des délabrements est un élément de diagnostic différentiel d'avec la syphilis ou la tuberculose.

Obs. XVI (obs. I de la thèse de Dangerfield). — Mme C..., 80 ans, cultivatrice, sait peu de chose sur ses antécédents personnels. Les débuts de la tumeur remontent à 15 années, époque à laquelle s'est montrée une sorte de bouton verruqueux, situé dans le voisinage du grand angle de l'œil gauche, à la racine du nez.

Actuellement les pertes de substance sont énormes. Il ne reste presque plus de téguments sains sur la face et les os eux-mêmes ont été en grande partie détruits. Malgré l'étendue de ces lésions, malgré les difficultés croissantes de la mastication, cette femme, sans doute très émaciée, ne présente ni aspect cachectique très accusé, ni teinte jaune paille des membres et du tronc. Jusqu'à ces derniers temps, l'appétit est resté normal.

On ne trouve trace d'aucun ganglion dans la région cervicale.

L'ulcération rosée et facilement saignante offre des bords coupés à pic, à peine saillants et légèrement indurés. Des hémorrhagies, générale-

ment peu abondantes et bientôt arrêtées par des applications de perchlorure de fer, se produisent de temps à autre. Des douleurs très vives, spontanées, ou provoquées par le pansement, surviennent très fréquemment et tourmentent la malade. La vue s'est perdue peu à peu et depuis 2 mois cette femme est devenue sourde.

Pendant les 24 derniers jours de sa vie, il lui devint impossible de s'alimenter seule, elle refusa l'emploi de la sonde, et succomba aux progrès de l'inanition.

Si nous considérons la moitié droite de la face (la moitié la moins atteinte puisqu'il en reste environ le tiers), nous voyons, en partant de la commissure labiale droite, la ligne, formée par le contour de l'ulcération, remonter en haut et en dedans jusqu'à l'aile du nez dont il reste encore une parcelle reconnaissable. Puis cette ligne remonte à nouveau vers la partie moyenne de la paupière inférieure droite, vers la partie moyenne également de la paupière supérieure, enfin vers le tiers externe de l'arcade sourcilière. De là, le contour suit la tubérosité nasale, fait une grande encoche au milieu du front, et gagne l'arcade sourcilière gauche. Au niveau de cette échancrure du frontal, il existe une surface dépressible formée, comme l'ouverture du crâne l'a démontré, par la dure-mère dénudée dans une surface quadrilatère de 2 centimètres de largeur transversale et de 3 centimètres de hauteur. Une autre perforation du frontal, s'étend transversalement de l'extrémité supérieure de la lésion précédente et se dirige vers l'apophyse orbitaire externe en suivant l'arcade sourcilière ou en passant un peu au-dessous. L'apophyse crista galli est détruite. En tous ces points, la dure-mère dénudée est végétante et recouverte de quelques grumeaux de pus.

Continuant à suivre le contour de l'ulcération à partir de l'apophyse orbitaire externe gauche, nous la voyons se porter vers le tragus et devenir sinueuse en ce point, puis passer à 2 centimètres en avant du tragus et descendre verticalement vers l'angle de la mâchoire inférieure, suivre le bord antérieur du maxillaire inférieur, puis le bord inférieur de cet os qu'elle côtoie à 1 centimètre 1/2, pour remonter vers le bord libre de la lèvre inférieure qu'elle atteint en son tiers gauche.

La bouche est béante et l'on découvre la base de la langue et le plancher qui sont sains.

Comme il a été dit plus haut, les os de la face ont en partie disparu et la plupart des cavités qu'ils circonscrivent sont ouvertes.

C'est ainsi que l'arcade zygomatique gauche fait saillie dans la fosse temporale, que l'os malaire correspondant est détruit, tandis que le droit subsiste mais n'est plus revêtu par la peau.

Tout le pourtour de l'orbite gauche est détruit, il en est de même de la partie interne de l'orbite droit. L'œil gauche est complètement dénudé, diminué de volume et opaque; l'œil droit est dénudé dans sa partie interne, la cornée est opaque et atteinte d'hypopyon.

Au-dessous des yeux et sur la partie médiane de la face on trouve une vaste cavité creusée aux dépens du frontal et des os propres du nez.

Le maxillaire supérieur droit est entièrement denudé, le maxillaire supérieur gauche ne subsiste plus qu'à l'état de fragments peu distincts. La

paroi externe de cet os est conservée et forme une lame saillante; la cavité du sinus est à jour; l'arcade dentaire supérieure est enlevée depuis la dernière molaire gauche jusqu'à la canine droite.

Les fosses nasales, encore séparées par la cloison à bord tranchant, laissent voir de chaque côté les cornets qui n'offrent pas d'altération macroscopique.

Enfin le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur est dépouillé de peau saine.

D'ailleurs, sur toute cette étendue, les os ne sont nulle part complètement mis à nu et quoique par places ils sonnent sous le stylet, ils sont presque partout recouverts d'une membrane granuleuse, parfois très mince. Ils ne présentent en aucun point la friabilité de la carie et cependant, en mains endroits, on voit un processus de destruction osseuse.

A l'ouverture du crâne, on voit que les perforations décrites plus haut offrent des bords déchiquetés et que, vers l'apophyse orbitaire externe droite, le frontal est mou et se laisse couper. Les cellules antérieures de l'ethmoïde sont ouvertes : la plus grande partie de la lame criblée existe encore. Il n'y avait pas de tendance au bourgeonnement intra-crânien.

Le cerveau présente un peu d'œdème des méninges qui sont opalines et un peu épaissies à la convexité. L'aqueduc de Sylvius est dilaté ainsi que les ventricules qui contiennent une quantité assez notable de liquide clair. Les méninges, la pie-mère, se détachent facilement; il n'y a pas de lésions apparentes des circonvolutions; enfin les artères ne sont pas athéromateuses. Il n'y a pas d'autres lésions de l'encéphale.

Les deux tympans sont perforés et l'oreille moyenne remplie de pus de chaque côté.

Les poumons, très emphysémateux, présentent quelques adhérences aux deux sommets. Le gauche offre dans son lobe supérieur, près du sommet, fortement emphysémateux, une tumeur dure, grosse comme une noix, irrégulière, au niveau de laquelle la surface du poumon est rétractée comme par une cicatrice. A la coupe apparaît une masse fibreuse, noire, criblée de points blanchâtres qui paraissent être des tubercules. En effet, quelques-uns d'entre eux sont transformés en cavernules pleines de pus et de la grosseur d'un pois.

L'estomac est dilaté malgré un jeûne de vingt-quatre jours. Cela tient sans doute aux boissons gazeuses (eau de Seltz et limonade) dont la malade n'a cessé de faire usage pendant toute cette période, son régime étant réduit à quelques verres de café ou de lait. Par contre, les intestins sont très rétractés, surtout le côlon descendant qui est de la grosseur du doigt.

Le cœur, de volume normal, présente une mitrale un peu athéromateuse mais suffisante, avec une aorte un peu dilatée.

Le foie est normal, la rate très petite. Le rein très petit, pâle, avec quelques petits kystes dans la substance médullaire. La substance corticale est réduite à 1/2 millimètre. Il existe beaucoup de graisse autour du bassinet.

Obs. XVII (obs. II de la thèse de Dangerfield). — F..., âgé de 37 ans, cultivateur.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 45 ans, d'une fluxion de poitrine, mère, âgée de 62 ans, toujours en parfaite santé. Deux frères dont l'un est mort très probablement d'une affection pulmonaire aiguë, l'autre jouit d'une bonne santé.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler dans son enfance; 3 ans de service militaire en Afrique ; ni syphilis, ni alcoolisme, ni tuberculose. Santé excellente jusqu'en 1886. Il y a dix ans et demi, il observa de la rougeur sur la paupière inférieure gauche; puis il vit apparaître à ce niveau un petit bouton d'abord gros comme une tête d'épingle, mais qui augmenta de volume assez rapidement. Lorsque ce bouton eut atteint la grosseur d'un œuf de poule, il s'ouvrit et il s'en écoula une certaine quantité de liquide sanieux.

Il survint un second bouton à côté du premier, il évolua de la même façon et entraîna la perte de l'œil gauche. C'est ainsi que peu à peu s'est étendue la lésion limitée d'abord au premier bouton de la paupière inférieure gauche. En même temps le malade éprouvait au niveau de son male t dans tout ce côté de la face des douleurs lancinantes très violentes. Souffrant également des dents de ce même côté, il fut obligé de s'en faire arracher deux.

7 juillet 1889. La peau du nez et de la paupière supérieure droite est soulevée par une masse bourgeonnante qui déborde de tous côtés surtout en dehors, sous forme de gros champignons roses, assez durs, à surface lisse, suintante et un peu saignante.

La peau du nez existe encore mais affaissée, étalée, rejetée à droite, sillonnée de grosses veines bleuâtres. Le côté gauche du nez est détruit et sur le lobule du même côté on voit un champignon du volume d'une noix. A la place de l'œil gauche et de la racine du nez, on trouve une vaste excavation. Cette excavation représente l'orbite et les fosses nasales ; ses parois sont anfractueuses, tapissées d'un tissu finement granuleux, rose, suppurant avec une médiocre abondance, saignant assez facilement.

La boîte crânienne est probablement ouverte, quoiqu'on n'en trouve pas la preuve. Le sinus maxillaire gauche l'est manifestement.

La lèvre supérieure est respectée ainsi que la voûte palatine et les arcades dentaires. Le voile du palais n'est pas atteint. L'œil gauche est complètement détruit ; il n'en reste qu'une tache blanche caractérisée par une suppuration plus abondante en ce point qu'ailleurs.

A la limite de l'ulcération, principalement sur le front où elle est très nette, la peau est simplement entaillée, sans saillie ou bourrelet d'aucune sorte. On peut y découvrir une très mince induration formant comme un liséré qui n'a pas un millimètre d'épaisseur et cela même n'est pas constant, car il y a des points où il n'existe aucune induration appréciable.

Sur la joue gauche, en dehors des limites de l'ulcération, on trouve deux points où la peau présente une perforation d'un centimètre de diamètre, perforation nette, circulaire, taillée à l'emporte-pièce, sans induration ni saillies des bords et remplie de végétations épithéliales.

Sur le lobe frontal gauche se trouve une saillie de la largeur de 3 à 4 centimètres, dépressible, rénitente sans fluctuation, sans modification d'aspect de la peau et qui est probablement due à une masse néoplasique sous les téguments. En divers points la peau, au voisinage de l'ulcération, est sillonnée de grosses veines variqueuses superficielles.

Pas de douleurs vives. Pas de ganglions.

1er septembre 1889. Les lésions ne sont pas beaucoup étendues en surface, elles vont d'un angle externe de l'orbite à l'autre, gagnant en haut la partie moyenne du front; en bas elles ne dépassent pas la limite du nez. Un gros champignon de 6 centimètres de diamètre sort de l'angle externe de l'œil droit; on y voit encore quelques traces de la paupière et des sourcils, mais l'œil est entièrement détruit; ce qui reste de paupière est soulevé par des bourgeonnements. Un autre champignon du volume d'une noix fait saillie du côté gauche des narines. Du nez, il ne reste qu'un lambeau de peau de 5 centimètres de long, sillonné de grosses veines et soulevé par des masses bourgeonnantes. Dans la région de l'orbite gauche il n'y a pas de bourgeonnement, mais seulement une vaste cavité.

Au pourtour de l'ulcération la peau est taillée à pic sans aucun épaississement, sans aucun rebord saillant ou induré.

Les lèvres ne sont pas atteintes. Une partie de l'arcade dentaire supérieure gauche est ulcérée et détruite sur une longueur de 4 centimètres. Pas de ganglions. Les lésionss ont le siège de démangeaisons plus vives le jour que la nuit.

Obs. XVIII. — Mme X..., âgée de 71 ans, prétend qu'à la suite d'un coup d'ongle, il est survenu, il y a à peu près 15 ans, sur la partie droite du nez, à égale distance de l'angle interne de l'œil et de l'extrémité nasale, un petit nodule du volume d'une lentille.

Un traitement externe fut appliqué et la malade guérit, mais au bout d'un an, il y eut une récidive et un ulcère se produisit. Nouveau traitement, nouvelle récidive. Mais depuis 18 ans, l'ulcère ne s'est cicatrisé et a toujours progressé du centre à la périphérie.

Le 22 février 1892, la malade est présentée par le Dr Balade à la Société d'anatomie de Bordeaux.

L'ulcération a détruit l'aile du nez et presque la moitié de ce côté du nez, mettant à jour la face droite de la cloison des fosses nasales, la sous-cloison ; elle entame le lobule. Elle a détruit la plus grande partie de la moitié droite de la lèvre supérieure et la moitié droite de la partie antérieure de l'arcade dentaire supérieure et de la voûte palatine.

Dans toute cette paroi tous les tissus sont détruits de la même façon, ils sont abrasés ensemble, coupés au même niveau comme avec une curette tranchante ou comme si on avait promené une fraise de dentiste dans la région. La peau, la muqueuse, le cartilage et les os sont rongés au même niveau. La surface ulcérée est lisse, luisante, presque sèche, sans suintement ou fongosités d'aucune sorte. Dans la plupart des points, la peau ou la muqueuse, coupée au niveau de l'os ou du cartilage, ne présente au bord de l'ulcération ni épaississement ni induration d'aucune sorte.

Au lobule du nez, le bord de la lésion est formé par du tissu de cicatrice. A la lèvre et surtout à droite où il ne reste de la lèvre supérieure qu'un lambeau de 1 centimètre de long, le bord de la perte de substance est induré et présente un nodule du volume d'un grain de chènevis, rougeâtre, dur, avec la demi-transparence perlée de l'épithélioma. Ce n'est guère qu'en ce point qu'on trouve la moindre trace de néoplasme ; partout ailleurs les tissus sont détruits purement et simplement, on ne voit aucun tissu morbide.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire et la santé générale de la malade est parfaite.

Obs. XIX. — Charles B..., âgé de 71 ans, est entré à l'hospice Pellegrin en 1893, avec une lésion du voisinage de l'œil qui remontait à une dizaine d'années. Les renseignements qu'il donne sur le début sont des plus vagues, toutce qu'on peut apprendre : c'est que depuis 2 ans les lésions ont pris une allure beaucoup plus rapide et l'œil a été perdu.

Actuellement, en mai 1901, le côté gauche de la face est occupé par une large et profonde ulcération qui atteint la partie supérieure de la joue gauche, le côté correspondant du nez et l'orbite du même côté en en dépassant un peu les limites en haut. Tout cet espace est occupé par une profonde ulcération qui pénètre jusqu'au fond de l'orbite d'où l'œil a totalement disparu, qui a largement ouvert la fosse nasale gauche et fortement entamé le pourtour de l'orbite surtout en bas. La partie la plus épaisse de l'os malaire subsiste seule, quoique nécrosée, formant au milieu de l'ulcération un promontoire noir. Le bord de cette excavation est nettement entaillé, il n'y a pas de bourrelet saillant, mais la peau qui borde l'incision adhère à l'os entaillé au même niveau, l'on y voit un étroit liséré rouge et l'on y sent un mince bord dur. Le fond de l'ulcère est formé par un tissu rouge, marbré de jaune, ferme au doigt, très friable, saignant assez facilement, inégal, tapissé d'une nappe néoplasique assez mince et ne formant nulle part de tumeur. La surface ulcérée est çà et là couverte de croûtes noirâtres sous lesquelles on trouve un peu de pus fétide. Le contact de l'air cause de très vives douleurs et le malade se plaint de souffrir beaucoup de son œil gauche dont il ignore la disparition.

Il n'y a pas de ganglions lymphatiques appréciables au toucher et l'état général du malade est assez bon, bien que le sommeil soit troublé par les douleurs et l'alimentation gênée par la difficulté de faire mouvoir la mâchoire inférieure. (Planche VI, fig. 2.)

La marche de la forme térébrante est parfois assez rapide. Le plus souvent il y a un premier stade pendant lequel les progrès sont très lents, comme ils le sont habituellement dans l'ulcus rodens, puis à un moment donné l'ulcère devient envahissant et destructif et fait en quelques années des délabrements effroyables.

Dans une observation de Lavrand, la malade voit apparaître en 1868

un petit bouton sur le front, entre les deux sourcils, ce bouton reste stationnaire jusqu'en 1889. A ce moment, il commence à grandir ; en 1890, il y a un ulcère grand comme une pièce de 2 francs ; les sinus frontaux sont ouverts, la plaie gagne vers le cuir chevelu ; au fond de la plaie est une surface dépressible et pulsatile formé par les méninges et large comme une pièce de 2 francs ; en 1894, la plaie s'étend depuis le vertex jusqu'au-dessous des yeux qui sont détruits, les os propres du nez et la région ethmoïdale sont détruits, les fosses nasales ouvertes.

Diagnostic. — La forme térébrante de l'ulcus rodens est généralement facile à distinguer des autres affections ulcéreuses de la face par ce fait qu'aucune n'est aussi purement et aussi effroyablement destructive. La syphilis tertiaire et le lupus ont bien comme l'ulcus rodens une certaine prédilection pour les fosses nasales, mais leur mode d'attaque est tout différent.

La syphilis des fosses nasales procède par nécrose osseuse. Les gommes se développent insidieusement puis amènent brusquement la nécrose de tout le squelette des fosses nasales. Les séquestres s'éliminent lentement, difficilement, avec une abondante suppuration fétide et au cours de cette élimination le nez s'effondre sans que sa partie cutanée soit atteinte. Quand il y a en même temps des lésions syphilitiques du tégument, leur marche plus rapide, la suppuration des ulcères, l'infiltration plus diffuse, moins dure et plus inflammatoire des bords caractérisent le syphilome.

Le lupus du nez et des fosses nasales atteint d'abord la peau et la muqueuse. Le squelette, surtout osseux, résiste très longtemps. Il se fond graduellement et insensiblement, mais les lésions cutanées et muqueuses sont toujours beaucoup plus étendues que les lésions osseuses. Il ne se fait jamais de véritable excavation et ce qui domine c'est l'hyperplasie fongueuse, molle, la rétraction cicatricielle et l'atrésie des orifices.

Le farcin térébrant du centre de la face a une marche imcomparablement plus rapide et une allure suppurante et inflammatoire toute différente de l'ulcus rodens.

L'épithélioma à type épidermique et à globles cornés a une marche beaucoup plus rapide et se manifeste par une tumeur et non par une simple perte de substance. On voit bien parfois quelques bourgeons assez volumineux dans l'ulcus rodens térébrant; mais cela est rare, les bourgeons sont lisses, rosés, fermes, moins friables que les fongosités de l'épithélioma vulgaire, ils sécrètent beaucoup moins et l'on ne peut jamais en faire sortir des vermiotes par la pression. Ajoutons que lorsqu'un épithélioma vulgaire atteint les proportions comparables à celles que nous venons de décrire, il y a toujours un envahissement ganglionnaire considérable et souvent déjà de la cachexie.

FORME ATROPHIQUE

La cicatrisation spontanée de l'ulcus rodens qui s'observe souvent à l'état d'ébauche dans la forme commune peut devenir un phénomène tout à fait prédominant au point de caractériser un type spécial de la maladie.

La forme atrophique de l'ulcus rodens a une prédilection très marquée pour la région frontale et il est vraisemblable que la tendance cicatricielle qui caractérise cette forme est justement due à son siège. A l'appui de cette hypothèse on pourrait invoquer notre obs. XXIII où une vaste plaque d'ulcus rodens à forme atrophique et à marche lente a pris la forme térébrante et une marche rapide en atteignant la racine du nez. Quoi qu'il en soit de cette interprétation, nous constatons que sur 7 observations typiques dont 4 personnelles, six fois la lésion siégeait sur le côté droit du front et une fois sur la tempe gauche. Nous laissons de côté l'observation de Kreibich où la lésion, qui siégeait sur le dos, différait sensiblement d'aspect d'avec les faits que nous avons en vue.

La maladie débute comme d'habitude par un petit nodule pâle ou grisâtre qui s'étend graduellement en présentant parfois une ulcération temporaire et en se cicatrisant au centre.

Il se forme ainsi une vaste plaque cicatricielle à contour irrégulier entourée d'une étroite bordure néoplasique extensive.

La bordure est formée par un bourrelet qui souvent n'a pas plus de 2 millimètres de large, à profil arrondi, très légèrement saillant et très nettement perceptible au toucher à cause de sa dureté. Il est recouvert d'un épiderme mince et lisse. Sa couleur est quelquefois d'un gris rose, mais très souvent on note une pigmentation plus ou moins accusée qui varie du gris au brun sépia ou au noir bleuâtre comme dans l'observation de Galloway. Il nous a paru que la pigmentation est plus accusée au voisinage du cuir chevelu. Ce bourrelet est très superficiel, il donne l'impression d'un cordon plat, dur, enchassé entre le derme intact et l'épiderme soulevé. Il n'y a aucune infiltration, aucune inflammation, il se continue d'une part avec la peau saine, d'autre part avec la surface cicatricielle. Le bourrelet marginal est souvent discontinu, il s'égrène en un chapelet de nodules miliaires offrant les mêmes caractères que ci-dessus; il peut manquer complètement par places et alors la cicatrice se continue avec la peau saine sans autre démarcation qu'une limite très nette. Le bourrelet peut enfin être ulcéré. Cette ulcération est habituellement très partielle, superficielle et temporaire, ou elle peut être plus importante, comme dans le cas de Thibierge qui représente une forme de transition entre le type atrophique et le type vulgaire.

L'aire cicatricielle qui forme la plus grande partie de la plaque est d'un blanc nacré, unie, lisse et déprimée, la peau y est amincie, tendue sur l'os frontal sous-jacent. On y voit souvent une desquamation en lamelles minces, souples, transparentes, qui ne se manifeste que si on la met en évidence par le grattage.

La présence de ces squames indique une tendance à la production de nodules de rechute. Ceux-ci se montrent comme des petits grains durs au toucher à peine saillants, larges de 1 à 2 millimètres, gris ou bruns. Quand on les enlève à la curette, on voit qu'ils sont constitués par une très mince lentille de tissu friable, n'ayant que quelques dixièmes de millimètre d'épaisseur, tout à fait superficiels et comme logés dans l'épiderme. Ces nodules sont disséminés à la surface de la cicatrice, ils arrivent quelquefois à s'ulcérer superficiellement, mais prennent rarement un grand développement. Il est probable qu'ils guérissent souvent spontanément, car bien qu'ils repullulent incessamment après les destructions les plus méthodiques, on ne les voit jamais très abondants même lorsque la maladie est abandonnée à elle-même.

Quand la plaque atteint le cuir chevelu ou les sourcils, les nodules de bordure ou le bourrelet marginal qui sont particulièrement pigmentés dans les régions velues, ne font pas tomber les poils tout d'abord et l'on voit des nodules traversés par des cheveux qui ont conservé toute leur adhérence; ils finissent cependant par tomber et la cicatrice est toujours parfaitement glabre.

La maladie s'étend excentriquement avec une grande lenteur. Dans l'obs. XXIII elle a duré 22 ans, jusqu'à la mort de la malade, par pneumonie; dans l'obs. XXII elle dure depuis 21 ans et depuis une dizaine d'années que nous la suivons la plaque a à peine grandi de quelques centimètres.

La forme cicatricielle de l'ulcus rodens, bien qu'ayant un aspect très spécial, se rattache à la forme commune par une série de transitions. Les nodules de la bordure et ceux qui reviennent dans l'reu-cicatricielle ne diffèrent que par leur situation plus superficielle et leur moindre épaisseur des nodules et du bourrelet périphérique de la forme ulcéreuse commune : c'est le même aspect clinique et la même structure histologique. La ressemblance est surtout frappante si l'on prend comme terme de comparaison une rechute après raclage d'un ulcus rodens de la forme commune.

La cicatrisation spontanée partielle n'est pas rare dans la forme commune, mais elle y constitue un incident passager et elle n'est pas aussi étendue et aussi suivie que dans la forme que nous considérons.

D'autre part, on peut voir survenir dans la forme cicatricielle des modalités qui appartiennent aux autres formes. Dans l'obs. XXI, il est survenu des rechutes sous forme de nodules néoplasiques compacts,

mous et profonds, constituant de véritables tumeurs du volume d'un haricot. Dans l'obs. XXIII, un des prolongements de la plaque a pris brusquement une allure térébrante, a creusé l'os frontal et eût certainement perforé le crâne si la malade eut vécu quelques années de plus.

Il est difficile d'expliquer la marche si particulière de cette forme d'épithélioma. L'examen histologique ne nous révèle aucune particularité qui ne se retrouve dans les autres formes. Ce sont les mêmes nodules épithéliomateux et la même structure du stroma. Dans certains cas que nous avons cités plus haut (obs. VIII), on comprend la cicatrisation spontanée qui s'est faite du reste d'une manière toute différente : le stroma rempli de cellules plasmatiques a pu étouffer et détruire le néoplasme ; mais ici, le stroma est fibreux et particulièrement pauvre en cellules.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que le front et le cuir chevelu sont les endroits où cette tendance atrophique est la plus accusée bien qu'on ait pu observer au crâne des formes térébrantes comme dans le cas de Clutton.

DIAGNOSTIC. — On a très facilement pu confondre la forme cicatricielle de l'ulcus rodens avec le lupus ou la syphilis tertiaire. Sur une de nos malades (obs. XXI) le diagnostic de lupus avait été fait par un éminent dermatologiste, d'autant plus que la lésion avait débuté peu de temps après que la malade avait perdu son mari de tuberculose pulmonaire. La femme S... (obs. XXII) nous avait été adressée avec le diagnostic de syphilis qui paraissait confirmé par l'existence d'une perforation de la cloison nasale.

L'affection qui nous occupe se distingue du lupus d'abord par l'âge des malades. Ce sont tout au moins des adultes, tandis que le lupus est surtout une maladie de l'adolescence. Le lupus atteint rarement le front et n'y débute presque jamais, il est plus rare encore au cuir chevelu ; la pigmentation grise des nodules est tout à fait caractéristique de l'ulcus rodens et il n'existe rien de semblable dans le lupus. Enfin la consistance des nodules est d'une dureté toute spéciale dans l'ulcus rodens.

La syphilis tertiaire débute bien dans l'âge mûr et atteint très fréquemment le front et le cuir chevelu, mais sa marche est plus rapide ; le bourrelet périphérique, les nodules qui peuvent survenir dans l'aire cicatricielle sont plus rouges et plus inflammatoires, plus larges et plus diffus, ils n'ont pas la même dureté nette et caractéristique.

OBS. XX. — *Ulcus rodens à forme cicatricielle de la tempe gauche ; évolution très lente.* — Joséphine D..., âgée de 53 ans, se présente le 28 juillet 1899. maladie actuelle a débuté il y a 15 ans, par un petit bouton dur, jau-

nâtre, situé sur la tempe gauche. Elle s'est graduellement étendue et forme maintenant une plaque de 2 centimètres et demi sur 1 centimètre qui empiète un peu sur le cuir chevelu.

Cette plaque est bordée d'un bourrelet large de 4 millimètres, faisant une saillie de 1 millimètre, dur au toucher, d'une couleur rose jaunâtre certain éclat perlé, recouvert d'un épiderme lisse et luisant.

L'aire centrale est formée d'une cicatrice lisse, luisante et déprimée ; à sa partie inférieure est un nodule lenticulaire dur ou brunâtre.

Il n'y a aucune rougeur inflammatoire ou aucune infiltration. Il n'y a jamais eu d'ulcération d'opération, ou de cautérisation d'aucune sorte, et depuis le début la lésion a présenté la même allure lente.

Destruction par la pâte arsenicale.

Obs. XXI. — *Ulcus rodens à forme cicatricielle du front. Rechutes sous forme de nodules sous-cutanés.* — Mme M..., âgée de 50 ans environ ; avril 1895.

La lésion pour laquelle elle se présente a débuté il y a 11 ans, peu de temps avant la mort de son mari, par tuberculose pulmonaire. On trouve à l'extrémité droite du front, sur la lisière des cheveux, une cicatrice grande comme une amande, blanche, lisse, bordée par un bourrelet un peu saillant, rougeâtre.

Malgré des cautérisations ignées et des raclages répétés, les nodules qui forment la bordure récidivent obstinément et la plaque grandit peu à peu. On remarque alors la teinte noirâtre des nodules de la partie supérieure de la plaque et l'examen microscopique démontre leur nature épithéliomateuse. A la partie inférieure de la plaque les nodules sont noirâtres, perdus dans les cheveux qui persistent, en les traversant; ils sont durs, à peine saillants. A la partie inférieure, il se fait à plusieurs reprises des rechutes sous forme de nodules volumineux atteignant la grosseur d'un haricot, assez profonds, logés sous la peau qu'ils soulèvent, formés d'un tissu jaunâtre, demi-transparent, très friable.

En 1899, l'existence de plusieurs de ces nodules a justifié l'excision complète de toute la partie inférieure de la lésion. Sa partie supérieure a été traitée par des raclages suivis d'application de la solution arsenicale de Cerny et Trunecek. Depuis un an la guérison paraît se maintenir.

Obs. XXII. — La veuve S..., âgée de 63 ans, se présente à la clinique dermatologique en 1892, pour une lésion du front qui date de 12 ans, a débuté par un petit bouton sur le front et s'est graduellement étendue.

Tout le côté droit du front est occupé par une grande plaque cicatricielle de forme trilobée avec un lobe ou prolongement s'avançant sur le front jusqu'à la ligne médiane, un autre couvrant la moitié externe du sourcil dont les poils sont à peu près complètement détruits, un troisième couvrant la tempe droite ; à sa partie supérieure, cette plaque atteint et dépasse même un peu la lisière des cheveux. Toute cette cicatrice est plane, blanche, souple, mince et mobile sur l'os frontal ; elle est couverte par places de squames épaisses et grasses qui se détachent facilement et au-dessous desquelles on trouve une surface lisse et brillante. Sur les

bords et notamment au niveau des trois prolongements la plaque cicatricielle est limitée par un bourrelet très net de 1 à 2 millimètres de large, serpigineux, dur, pâle, un peu saillant, recouvert d'un épiderme mince qui se continue d'une part avec la peau normale, d'autre part, avec le tissu de cicatrice ; ce bourrelet est parfois interrompu ou s'égrène en un chapelet de nodules arrondis ; en quelques points il s'élargit et alors il est ulcéré. L'aire cicatricielle est criblée de petits nodules surtout nombreux dans les prolongements frontal, sourcilier et temporal ou à la lisière du cuir chevelu. Ces nodules ont le volume d'un grain de mil, ils sont arrondis, saillants, très durs au toucher, superficiels et présentent souvent une teinte noirâtre qu'on retrouve en plusieurs points du bourrelet périphérique,

Sur le côté droit de la racine du nez se trouve une plaque croûteuse de kératose sénile.

La cloison des fosses nasales présente une large perforation à l'union des portions osseuse et cartilagineuse. Un morceau du bord de la perforation a été excisé par M. Moure : on y trouve les lésions de l'ulcère perforant de la cloison de Hajek, mais aucune lésion syphilitique, tuberculeuse ou épithéliomateuse.

La muqueuse buccale présente au niveau des joues plusieurs plaques de pigmentation noirâtre.

Le malade tousse depuis longtemps et à l'examen de la poitrine on trouve des craquements secs au sommet des deux poumons avec respiration soufflante et matité à gauche.

Sur la poitrine, au-devant de la première pièce du sternum on trouve une petite tumeur arrondie, saillante, aplatie, d'un centimètre de large, jaunâtre et piquetée de points pigmentaires noirs ; elle est molle, sans infiltration profonde, indolente, non ulcérée mais assez friable, car en la palpant on y détermine une crevasse profonde et saignante. Cette tumeur est apparue il y a 5 ou 6 ans au niveau d'une tache noire qui datait de l'enfance et à la suite d'une écorchure. Elle est depuis plusieurs années stationnaire. Cette tumeur a été excisée.

Après quelques tentatives infructueuses de traitement avec des pommades à l'acide salicylique ou à l'acide pyrogallique, on racle à la curette tous les nodules et le bourrelet qui entoure la plaque cicatricielle, puis on cautérise les plaies au chlorure de zinc. On remarque à cette occasion que la néoplasie est très friable et très superficielle. Les lésions sont fort améliorées par cette opération, mais, au bout de peu de temps, il se fait de nouvelles récidives, toujours sous forme de nodules miliaires disséminés ou confluents en un bourrelet périphérique. Sur la cicatrice, même en dehors des nodules perceptibles au doigt, on remarque que sous les squames l'épiderme est d'une friabilité extrème et il semble qu'en ce point il existe une très mince nappe de tissu épithéliomatenx. A plusieurs reprises on a essayé de détruire les nodules avec le galvanocautère, mais ce procédé n'empêchait pas la rechute immédiate ; les curettages répétés obstinément et suivis de cautérisations au chlorure de zinc sont ce qui réussit le mieux.

Ce traitement, suivi avec persévérance, a fini par faire disparaître

presque complètement les nodules qui réapparaissent encore mais de moins en moins abondants.

En mars 1894, Mme S... revient après avoir été malade d'une bronchite qui a duré six mois et paraît avoir été assez grave. La cicatrice du front et de la tempe est plus lisse, mais elle est encore semée de squames écailleuses minces, souples, larges de 4 ou 5 millimètres, que l'on détache facilement et d'une douzaine de nodules miliaires durs et à peine saillants, quelques-uns surmontés d'une croûte. En certains points de la périphérie se trouvent des lésions un peu plus importantes sous forme d'îlots irréguliers à peine saillants, mais durs, ce qui les rend plus perceptibles au toucher qu'à la vue, mamelonnés, très superficiels et gris ou brunâtres. L'un siège au milieu du sourcil, l'autre sur la bordure du cuir chevelu; ils sont traversés par des poils ou des cheveux normaux, alors que les parties cicatricielles sont glabres. Raclage et cautérisation des nodules isolés ou groupés à plusieurs reprises.

Mai 1895. Nouvelle rechute plus abondante depuis deux mois de nodules miliaires ou lenticulaires, très minces, très superficiels, à peine saillants, brunâtres ou noirâtres.

Février 1898. Toute la cicatrice est saine, souple, sauf un petit îlot au milieu du front, large comme un haricot, formé de petits nodules brunâtres, durs au toucher.

Juillet 1899. La cicatrice du front conserve à peu près la même disposition qu'en 1892, elle a cependant un peu grandi, elle est blanche, mince, lisse et souple. Elle est le siège d'une faible desquamation en écailles brunâtres, peu adhérentes, disséminées. A la lisière du cuir chevelu il persiste encore sur la cicatrice un grand nombre de cheveux, les uns crépus, la plupart normaux. Sur la plus grande partie de son contour, la cicatrice se continue avec la peau saine; en quelques points de la périphérie se trouvent de petits groupes de nodules miliaires aplatis, durs, de couleur sépia; ailleurs de simples taches pigmentaires brun clair.

La perforation de la cloison nasale a beaucoup grandi, elle atteint 2 centimètres de large en respectant la sous-cloison. Les bords sont irréguliers, déchiquetés, nullement enflammés, un peu rugueux. Coryza atrophique.

La muqueuse des fosses et des lèvres ainsi que leur bord libre est couverte de larges taches pigmentaires, irrégulières, atteignant parfois 1 centimètre de largeur. Ces taches ont une teinte noirâtre; sans induration ni aucune altération de la muqueuse. Quelques autres taches beaucoup plus grandes sont aussi plus pâles.

A l'auscultation : en avant et à gauche, respiration rude; à droite, submatité et respiration faible avec de nombreux craquements. En arrière, craquements du sommet gauche.

En mai 1900. L'état du front est toujours le même, une grande cicatrice souple avec nodules brunâtres et durs.

Examen histologique. — Le néoplasme présente le type trabéculo-alvéolaire. Quelques alvéoles superficiels sont [très volumineux et allongés parallèlement à la surface cutanée. Leur centre est souvent kystique par *nécrose en masse*.

Les cellules néoplasiques présentent d'une façon générale leurs caractères ordinaires. Mais une particularité intéressante de cette observation consiste dans la présence du *pigment mélanique*, qu'on trouve soit au niveau des amas épithéliaux, soit au niveau du stroma.

Dans les nappes épithéliales, il s'agit tantôt d'une fine poussière ou de quelques grains pigmentaires un peu plus volumineux situés dans le protoplasma cellulaire tout autour du noyau nettement perceptible ; tantôt de grains plus abondants faisant disparaître presque complètement le noyau ; tantôt enfin d'amas pigmentaires du volume et de la forme d'une cellule, mais sans trace de noyau. D'autres fois le pigment est intercellulaire, disposé en traînées plus ou moins longues ou en îlots irréguliers, stellaires, de volume à peu près égal ou supérieur à celui d'une cellule néoplasique. Dans les lacunes kystiques situées au centre des amas épithéliaux alvéolaires, on trouve parfois du pigment en grande abondance. Il est tantôt intra-cellulaire et renfermé dans des cellules plus ou moins altérées tombées dans le kyste, tantôt libre. Dans ce dernier cas, il forme souvent de gros amas dont le centre est occupé par des blocs ou de volumineux grains de pigment, tandis qu'àla périphérie se trouvent des grains plus petits.

Le stroma conjonctif contient aussi du pigment en grande quantité. Il est le plus souvent intra-cellulaire, quelquefois intercellulaire et disposé sous forme d'amas et de traînées irrégulières.

L'épiderme est fortement pigmenté. Ici le pigment occupe les cellules de la couche génératrice et quelques cellules situées immédiatement au-dessus. Il se présente sous l'aspect d'une poussière excessivement fine donnant au protoplasma cellulaire une coloration jaune brunâtre plus ou moins accentuée. On le trouve aussi en dehors des limites de la tumeur, au niveau de l'épiderme normal.

Il s'agit de pigment mélanique ne donnant pas les réactions ferriques.

Le stroma de la tumeur est fibreux et relativement peu infiltré de cellules. La zone papillaire du derme est aussi notablement modifiée. Elle est formée de fibres conjonctives plus épaisses et plus serrées qu'à l'état normal, dirigées parallèlement à la surface cutanée. D'assez nombreuses cellules pigmentées se trouvent dans cette région, jusqu'au voisinage immédiat de la couche génératrice.

L'épiderme a perdu à peu près complètement sa disposition papillaire. Sa limite profonde est presque rectiligne. Son épaisseur est peu modifiée, peut-être un peu diminuée. La couche granuleuse n'existe pas. A la surface se trouvent des écailles épidermiques souvent superposées en grand nombre.

Les vaisseaux sanguins sont peu abondants et de structure normale.

Obs. XXIII. — Mme D..., âgée de 69 ans, est une femme dont la santé générale ne laisse rien à désirer et qui ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

La maladie actuelle a débuté il y a 18 ans par un petit bouton situé sur le front. Au-dessus de l'œil droit, son accroissement très lent au début est un peu plus rapide depuis 3 ans. La lésion a grandi excentri-

quement, se cicatrisant au centre, présentant parfois à sa périphérie quelques croûtes ou quelques ulcérations superficielles, parfois avec des poussées inflammatoires généralement dues à des applications médicamenteuses. Toutes les applications locales sont restées sans action sur la marche de la maladie de même que l'usage interne de l'arsenic et de l'iodure de potassium.

19 septembre 1894. La lésion forme une plaque de 10 centimètres de largeur transversale sur 5 centimètres de hauteur, elle occupe tout le côté droit du front depuis la ligne médiane jusqu'à la tempe.

Le contour est très nettement limité, irrégulier. Dans son ensemble elle est constituée par une cicatrice blanche nacrée, déprimée, assez mince, mais tendue et un peu dure ; elle n'est pas adhérente au crâne mais elle est cependant beaucoup moins mobile que les parties saines ; les muscles ne lui impriment aucun mouvement, mais on peut la mobiliser avec la main. Il est un point de cette cicatrice situé au-dessus de la tête du sourcil droit qui est plus déprimé et moins mobile que le reste, il n'y a cependant pas d'adhérence au frontal. C'est en ce point que la lésion a débuté et qu'il a été fait des cautérisations.

Le bord de la cicatrice présente un aspect variable. En certains points, notamment à la tempe, elle se continue avec la peau saine. En ces points la transition est brusque, et à la palpation on sent un rebord dur dû à la consistance plus ferme de la cicatrice et cela malgré qu'elle soit déprimée par rapport à la peau. Ailleurs et notamment vers la ligne médiane et au niveau de la paupière supérieure, on trouve à la limite des croûtes brunes peu épaisses siégeant sur une base rouge infiltrée, enflammée, un peu saillante. Cette infiltration inflammatoire rend en ces points la limite beaucoup moins nette. En d'autres points enfin, on peut sentir la limite entre la cicatrice et la peau saine formée par un bourrelet de 2 millimètres de large, pâle, grisâtre, faisant une très légère saillie recouverte d'épiderme tendu et luisant, très facile à percevoir au toucher à cause de sa dureté très marquée ; on reconnaît là très facilement le rebord dur de l'ulcus rodens, mais réduit à sa plus simple expression et pigmenté en gris

Quand on passe le doigt sur la cicatrice on la trouve gaufrée par des nodules ou des lignes de 1 à 3 millimètres de large, à peine saillants, presque invisibles, mais faciles à percevoir au doigt à cause de leur consistance dure ; ils paraissent du reste très superficiels et semblent de petites lentilles enchâssées dans l'épiderme. Quelques-uns de ces nodules sont ulcérés et apparaissent alors comme des petites croûtes brunes de 2 à 3 millimètres siégeant sur une base rouge un peu saillante ; on ne retrouve plus alors la limitation, la dureté et la pigmentation des nodules non ulcérés. La surface cicatricielle nacrée desquame légèrement en lamelles nacrées assez larges, très fines et souples, de sorte que même dans les intervalles des nodules miliaires ulcérés ou non elle ne paraît pas absolument saine, cependant c'est là un caractère peu apparent.

La partie supérieure de la plaque cicatricielle dépasse la limite du cuir chevelu de 1 ou 2 centimètres, dans cette partie les cheveux persistent quoique moins nombreux que normalement, et la limite de la plaque est assez difficile à apercevoir par suite de ce fait que les différences de couleur sont

peu apparentes et la palpation plus difficile; sur la paupière supérieure la malade sent une gêne par suite de la rétraction cicatricielle et du gonflement inflammatoire.

Démangeaisons parfois très intenses.

23 septembre 1897. La malade, qui s'est refusée à toute intervention, revient aujourd'hui, la maladie ayant fait de notables progrès. La lésion a surtout gagné vers le milieu du front, dépassant la ligne médiane et descendant sur la racine du nez. On trouve actuellement dans l'espace intersourcilier une ulcération de 2 à 3 centimètres de large, à contour irrégulier, saillant surtout à gauche, le bord forme un bourrelet dur qui est coupé à pic par l'ulcération. Le fond de l'ulcère est irrégulier, certaines parties étant plus profondes que d'autres; il adhère à l'os frontal et il est en grande partie creusé à ses dépens; sa surface est rose, humide, lisse, luisante, sécrétant de la sérosité et non du pus, il est formé non par des bourgeons ou des fongosités mais par un enduit néoplasique très mince tapissant l'os; quand on l'explore avec un stylet on ne pénètre pas dans les tissus et l'on est de suite arrêté par la surface osseuse résistante mais non dénudée et le stylet éraille un mince enduit friable qui saigne modérément. Cette ulcération est le siège de douleurs très vives qui s'irradient dans le voisinage sous forme d'élancements; la palpation n'est pas douloureuse.

Le reste de la lésion présente le même aspect qu'il y a 3 ans. Une large surface cicatricielle s'étendant du sourcil droit à la lisière du cuir chevelu lesquels sont tous deux envahis, descendant sur la tempe et dépassant la ligne médiane du front. Cette cicatrice est lisse, blanche, tendue, appliquée sur les os sur lesquels elle est très faiblement mobile. Elle est semée de petits nodules durs et de petites ulcérations croûteuses grandes comme un grain de mil ou une lentille. Sur ses limites, tantôt elle se continue avec la peau saine, tantôt elle en est séparée par un petit bourrelet festonné de 1 à 2 millimètres de large, superficiel, très dur, pâle ou ne différant guère comme couleur de la peau normale, recouvert d'épiderme mince, et en somme plus facile à sentir au doigt qu'à voir. On retrouve quelques fragments du bourrelet au delà de l'ulcération principale sur le nez, au voisinage de l'angle de l'œil droit. Les bourrelets limitants et les nodules sont tous pâles, aucun d'entre eux ne présente de teinte ardoisée.

Traitement, badigeonnages quotidiens avec : eau et alcool ââ 50. Arséniate de soude, 1 gramme.

18 octobre. Douleurs très vives au moment de l'application. Les élancements ont reparu. Pas de modifications de l'aspect de la plaie. Remplacer l'arséniate de soude par : acide arsénieux, 1 gramme, eau et alcool 50.

22 décembre 1897. Amélioration très réelle bien que la malade ait cessé tout traitement depuis assez longtemps en raison des douleurs très vives. Eau et alcool, 75. Acide arsénieux, 1. Badigeonnage préalable à la cocaïne.

L'ulcération est moins profonde et moins étendue bien qu'elle ait conservé le cachet épithéliomateux.

18 mars 1898. L'ulcération a été presque cicatrisée il y a 15 jours sauf deux petits points; depuis lors, elle s'est agrandie et l'on trouve sur la

limite gauche au-dessus du sourcil gauche une ulcération assez profonde verticale haute de 25 millim., large de 10, limitée au côté droit par la cicatrice avec un bord taillé à pic, limité à gauche par la peau saine formant un bord saillant abrupt taillé à pic à une profondeur de 5 millim. La lotion d'acide arsénieux ne peut pas être supportée plus de 2 à 3 jours. Lotions avec chlorate de potasse en solution saturée, puis poudrer avec la poudre de chlorate de potasse.

Quelque temps après j'apprends que Mme D... est morte de pneumonie.

BIBLIOGRAPHIE

APOLANT. — Fall von Ulcus rodens der Nase geheilt durch einem Erysipel. *Berliner med. Gesellsch.*, 7 juin 1893.

C. F, BEADLES. — Rodent ulcer *Trans. of Pathological Soc. of London*, t. XLV, p. 176.

BÉGOUIN. — Ulcus rodens de la paupière inférieure ayant détruit l'œil et envahi toute la cavité orbitaire. *Société d'anatomie de Bordeaux*, 15 mars 1897.

L. BIDWELL. — Rodent ulcer occuring in a birth-mark. *Trans. of Patholog. Soc. of London*, t. XLV, p. 182.

BIDWELL. — Rodent ulcer of the thigh. *British J. of Dermat.*, 1895, p. 265.

A. BOWLBY. — Sixty-six cases of Rodent ulcer. *Trans. of Pathological Society of London*, t. XLV, p. 152.

A. BOWLBY. — A case of six rodent ulcers in the same patient. *Ibid.*, t. XLV p. 163.

CARLE. — Trois cas d'ulcus rodens ; considérations cliniques et thérapeutiques. *Annales de Dermathologie*, juillet 1901, p. 593.

CLUTTON. — Rodent ulcer of scalp. *Trans. of Patholog. Soc. of London*, 1890-91, t. XLII, p. 304.

R. CROCKER. — *Atlas of skin diseases*, pl. 76.

V. DANGERFIELD. — De l'ulcus rodens. *Thèse de Paris*, 1892.

W. DUBREUILH. — De l'ulcus rodens. *Congrès international de dermatol.* Vienne, 1892. *Archives cliniques de Bordeaux*, nov. 1892.

R. CROCKER and PERNET. — Rodent ulcer. *British J. of Dermat.*, 1901, p. 13.

G.-B. FERGUSON. — On the nature and origin of rodent ulcer. *Saint-Barthol. Hospital Reports*, 1885, t. XXI, p. 101.

J. A. FORDYCE. — Early forms of epithelioma of the skin. *New-York medical Journal*, 9-23 juin 1900.

COLCOTT FOX. — Rodent ulcer. *Trans. of Pathol. Soc. of London*, t. XLV, p. 174.

COLCOTT FOX. — Rodent ulcer over the sternum. *British J. of Dermat.*, 1895, p. 258.

TILBURY and COLCOTT FOX. — Rodent ulcer. *Trans. of the Pathol. Society of London*, 1879, t. XXX, p. 360.

GEORGE FOX. — Case of rodent ulcer or superficial epithelioma of the chest cas and forehead. *Journal of cutaneous and gen. ur. diseases*, 1893, p. 367.

J. GALLOWAY. — Tumor with melanotic pigmentation. *British Journal of Dermatology*, 1898, p. 193.

HALLOPEAU et JOUSSET. — Trois cas d'ulcus rodens. *Soc. française de Dermatologie*, mai 1896.

HARTZELL. — Epithelioma (Rodent ulcer) in a boy of fourteen. *New-York medical Journal*, 5 mars 1898, t. I, p. 311.

J. HUTCHINSON. — Rodent ulcer in a young man. *Archives of Surgery* et *Smaller Atlas*, Pl. CXI.

J. HUTCHINSON. — Superficial rodent ulcer. *Archives of Surgery*, t. II. — *Smaller Atlas*, pl. XXXIV.

J. HUTCHINSON junior. — Rodent ulcer of the forearm. *Trans. of Patholog. Society of London*, t. XLVIII, p. 220.

JEANNE. — Epithélioma de la région orbitaire, etc. *Bull. Soc. anatomique de Paris*, 1897, p. 532.

K. KREIBICH. — Zur Histologie des Ulcus rodens. *Archiv für Dermatologie*, 1898, t. XLII, p. 323.

KROMPECHER. — Der Drüsenartige Oberflächenepithelial Krebs. *Ziegler's Beiträge*, t. XXVIII, p. 1.

H. LAVRAND. — Cancroïde de la face. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1894, t. II, p. 518.

MATHIEU. — Quatre cas d'épithélioma bénin de la face. *Arch. gén. de Médecine*, 1881, t. I, p. 892.

F.-T. PAUL. — The pathology of rodent ulcer. *British med. Journal*, 1885, t. I, p. 881.

F.-T. PAUL. — Rodent ulcer. *Trans. Pathol. Soc. of London*, t. XLV, p. 164.

F.-T. PAUL. — Case of chronic cancer of the face. *British med. Journal*, 9 février 1901.

L. PHILIPPSON. — Contributo all'istogenesi dell' ulcus rodens. *Giornale italiano d. malattie veneree*, 1895, p. 150.

S. PIGG. — Symmetrical rodent ulcer in groin. *Trans. of Pathol. Soc. of London*, 1897-98, t. XLIX, p. 300.

B. ROBINSON. — Rodent ulcer of the male breast. *Trans. of Pathological Society of London*, t. XLIV, p. 147, 1892-93.

ROLLESTON. — Rodent ulcer near the umbilicus. *Trans. of Pathol, Soc. of London*, 1897-98, t. XLIX, p. 301.

E. TAILHEFER. — Sur l'ulcus rodens. *Midi médical*, 7 juillet 1894.

G. THIBIERGE. — Épithélioma serpigineux de la région frontale. *Société de Dermatol.*, 12 avril 1894. *Atlas international des mal. rares. de la peau*, pl. XL.

G. THIN. — *Cancerous diseases of the Skin*, London, 1886.

UNNA. — *Histopathologie der Haut*, p. 714.

VERNEUIL. — *Bull. Société de Biologie*, 1854, p. 84. — *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 9-27 et 35. — *Gazette médicale de Paris*, 1885, n°s 5 et 6.

N. WALKER. — The pathology of rodent ulcer. *Trans. of the Pathological Society of London*, t. XLV, p. 172.

JAMES WHITE. — Multiple benign cystic epithelioma. *Journal of cutaneous diseases*, 1894, p. 477.

R. WILLIAMS. — Rodent ulcer in a child. *British medical Journal*, 1890, t. I.

EXPLICATION DE LA PLANCHE VI

FIG. 1. — Ulcus rodens térébrant du nez.
FIG. 2. — Ulcus rodens térébrant de la région orbitaire (Obs. XIX).

ÉTUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE SUR DEUX CAS DE SYPHILIS MALIGNE

Par le Dr **J. Himmel**
(de Kazan).

(Travail du service et du laboratoire de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques a la Faculté de Paris.)

(Avec une planche en couleur.)

Sur le nombre colossal de syphilitiques que les médecins voient journellement aux consultations et dans les hôpitaux, il n'est pas très rare d'en observer quelques-uns dont la syphilis évolue non pas en suivant la marche généralement décrite d'après l'observation courante, mais en brûlant les étapes de l'incubation, et les phénomènes morbides passent, sans disparaître, d'une période à l'autre et finissent par prendre une allure grave.

Ces formes rebelles graves, qui cèdent difficilement au traitement spécifique seul, sans le secours d'une médication tonique générale, affaiblissent, par suite de rechutes fréquentes, et diminuent la résistance de l'organisme malade vis-à-vis d'autres infections et peuvent, quoique rarement, aboutir à une issue fatale.

L'infection syphilitique est encore peu connue et nous ne savons pas encore quelles sont les conditions en raison desquelles la syphilis tantôt évolue bénignement et tantôt prend une allure maligne. Mais il existe quelques hypothèses générales basées sur ces données que toute maladie infectieuse évolue plus gravement chez les sujets dont l'économie est déjà affaiblie par suite du mauvais état de la nutrition, de l'âge avancé ou bien d'une anémie générale dont la cause première n'est pas toujours facile à dépister. Il est certain que la marche de la syphilis sera aggravée si avant, pendant ou après l'infection syphilitique, il vient s'y joindre une autre maladie infectieuse quelconque. Les cas de syphilis maligne à évolution très rapide offrent certes le plus grand intérêt tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Grâce à la bienveillance de M. le professeur A. Fournier j'ai eu l'occasion d'étudier à sa clinique 2 cas où la syphilis a marché à pas très grands, où les périodes intermédiaires d'incubation ont fait presque complètement défaut et où les manifestations morbides ont présenté une gravité toute particulière. Ce sont ces deux cas que je désire décrire.

Obs. I. — I. V..., âgé de 66 ans, colporteur, entré le 11 mai 1901.

État actuel. — Le malade, de taille moyenne, présente un certain embonpoint quoique, en raison de l'atrophie sénile de la couche adipeuse sous-

cutanée, la peau forme de gros plis; toute la face est couverte de rides. Dans les points qui ne sont pas le siège de manifestations morbides, les téguments sont très pâles. Au cuir chevelu, les cheveux sont très rares et la partie médiane, du front à la nuque, en est complètement dégarnie ; les cheveux, là où il y en a encore, ont complètement perdu leur pigment et se laissent arracher avec une extrême facilité.

Les viscères sont indemnes.

A l'exploration du prépuce, on sent une induration ; les ganglions inguinaux sont augmentés de volume, indolores ; leur consistance n'est pas très ferme ; les ganglions cervicaux et cubitaux sont également perceptibles.

L'isthme du gosier est très hyperémié ; les amygdales sont augmentées de volume. On ne trouve pas de plaques muqueuses ou de papules dans la bouche.

A l'examen du tronc, on constate une éruption diffuse de papules rouges, cuivrées, de dimensions très variables. Tantôt elles sont très disséminées, de la dimension d'un grain de mil, recouvertes d'un épiderme intact ou à peine brillant ; tantôt elles sont plus volumineuses et l'épiderme qui les recouvre est en desquamation.

En plus de ces efflorescences, relativement petites et très disséminées, on trouve des groupes d'éléments composés de papules plus étendues dont chacune a la largeur d'une pièce de 0,50 centimes et fait notablement saillie.

Les petites papules sont relativement très superficielles ; par contre, les éléments plus gros sont profondément enchâssés, atteignant la couche celluleuse sous-cutanée, ce dont on peut se rendre facilement compte au palper.

A la face, au cuir chevelu et en partie aussi au thorax, les grosses papules, très rapprochées les unes des autres, forment une infiltration diffuse d'un rouge cuivré. Dans ces grosses plaques, il est difficile de sentir les éléments isolés, d'autant plus que, atteignant le tissu sous-cutané, elles se confondent avec celui-ci grâce au processus inflammatoire et il devient impossible de circonscrire chacune d'elles avec les doigts.

A la tête, au dos, à la poitrine et à la face interne des cuisses se trouvent de petites et de grosses pustules dont un grand nombre sont déjà ulcérées et couvertes de croûtes sanguinolentes sales. Quelques-unes de ces pustules ulcérées atteignent les dimensions d'une pièce de 1 franc. A côté de ces pustules ulcérées et couvertes de croûtes sanguinolentes sales ou jaune grisâtre, il y en a d'autres en nombre considérable, qui ne sont pas encore ulcérées mais sont recouvertes d'un épiderme intact.

Dans la région sacrée, les pustules sont presque confluentes et on y trouve une zone infiltrée et en partie ulcérée, de la dimension de la paume de la main. Par places, l'épiderme de cette région infiltrée est tendu, mais sans solution de continuité, tandis que dans sa plus grande partie il est érodé, ulcéré et couvert de croûtes d'aspect varié.

D'une façon générale, ce qui frappe dans l'éruption de ce malade, c'est son polymorphisme : il y a des papules et des pustules de toutes dimensions, quelques-unes varient de la largeur d'une pustule d'acné à celle d'une pièce de 1 franc. Nous sommes en présence d'une syphilide papulo-pustulo-crus-

tacée présentant toutes les variétés depuis les petites papules jusqu'aux grosses pustules ulcéro-crustacées inclusivement.

Antécédents. — Le malade dit n'avoir jamais eu aucune maladie infectieuse, si ce n'est une arthrite guérie assez rapidement.

Le dernier coït eut lieu à la fin de novembre 1900; à la fin de décembre le malade constata une induration du prépuce mais n'y attacha aucune importance, de même qu'il ne s'occupa guère de l'éruption survenue à la fin du mois de janvier. Mais cette éruption, qui a débuté par le tronc, loin de disparaître, s'étendit peu à peu à toute la surface du corps; puis se développèrent des éléments qui s'ulcérèrent rapidement; lorsque, enfin, toute la face fut couverte d'éléments éruptifs divers, le malade fut obligé, au mois de mai, d'entrer à l'hôpital, avec les manifestations que nous venons de décrire.

Obs. II. — Jeune homme de 20 ans, employé à la Monnaie, entré le 7 mai 1901.

État actuel. — Le malade est pâle, très anémié, de petite taille, de constitution assez faible, son système musculaire est peu développé, la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée fait presque complètement défaut et les muscles, faiblement développés, se dessinent très nettement à travers les téguments.

L'examen des viscères n'y dénote aucune altération.

Sur le prépuce, on constate un chancre hypertrophique et érosé. Les ganglions inguinaux sont hypertrophiés, indurés, indolores; les ganglions cervicaux et cubitaux sont facilement perceptibles. La muqueuse pharyngée est légèrement hyperémiée, on n'y trouve pas de papules. Les cheveux tombent facilement.

Sur tout le corps est disséminée une éruption papulo-pustuleuse abondante. Les dimensions des éléments éruptifs sont très variables; comme chez le premier malade, ces éléments sont le plus souvent profondément situés dans le tissu cellulaire sous-cutané et font en même temps saillie au-dessus du niveau de la peau. Quelques-uns de ces éléments sont couverts d'un épiderme tendu, brillant, tandis que sur d'autres celui-ci est en desquamation.

Les efflorescences pustuleuses sont de dimensions très variables : quelques-unes ne dépassent pas les dimensions d'une pustule d'acné ordinaire, tandis que d'autres, surtout celles de la tête, du tronc et plus particulièrement des extrémités, atteignent les dimensions d'une pièce de 1 franc et sont couvertes de croûtes le plus souvent sanguinolentes, sales, plus rarement gris luisant.

Antécédents. — Le malade ne se rappelle pas la date du dernier coït; au commencement du mois de mars il a constaté, sur la moitié gauche du feuillet préputial, la présence d'une induration sur laquelle apparut bientôt une petite érosion. Avec le temps l'induration et l'érosion ne faisaient qu'augmenter. Au commencement d'avril survint une éruption sur le corps qui, loin de disparaître, devenait de plus en plus abondante. Les éléments les plus récents étaient plus étendus que les anciens ; quelques-uns d'entre eux suppuraient assez rapidement, s'ulcéraient et se couvraient de croû-

telles. C'est alors que le malade entra à l'hôpital. Avant cette maladie le jeune homme n'aurait eu aucune affection vénérienne ou autre, mais il était toujours anémique et sa santé n'était guère florissante.

Ces deux cas différaient l'un de l'autre en ce que chez le second malade la couleur rouge des éléments papulo-pustuleux était plus pâle, d'aspect fané, ce qui pouvait s'expliquer par l'anémie générale du sujet. Cette particularité exceptée, l'éruption du premier malade présentait beaucoup d'analogie avec celle du second; dans les deux cas le polymorphisme des éléments éruptifs, la présence à la fois de petites papules et de grosses pustules, frappaient l'observateur.

Ainsi donc nous constatons presque les mêmes manifestations syphilitiques chez deux malades dont un est un vieillard et l'autre encore un adolescent. Chez tous les deux, se sont montrés en l'espace de deux ou trois mois des symptômes graves de syphilis papulo-pustuleuse sans qu'il y eût un intervalle entre l'époque d'apparition de la roséole et celle des papules, ces dernières ayant immédiatement fait suite à la première. L'évolution de la maladie, loin de se ralentir un peu, devenait de plus en plus grave, des pustules se sont montrées et nous avons vu naître sous nos yeux le tableau d'une syphilis maligne. Ne connaissant pas la nature intime du virus syphilitique, nous ne pouvons attribuer qu'au terrain la marche accélérée de cette syphilis qui se traduit dans ces deux cas par des phénomènes si graves.

Dans l'un comme dans l'autre nous retrouvons en effet cette condition de terrain : le premier de nos malades étant très âgé et l'autre ayant un organisme anémié et dont la nutrition générale est affaiblie.

Sans nous arrêter à la question du traitement indiqué dans des cas semblables, nous passons à l'exposé de la partie anatomo-pathologique de nos observations.

Les altérations de la peau au cours des syphilide sont déjà été décrites par plusieurs auteurs et l'on peut même trouver des publications contenant toute la bibliographie de la question des altérations anatomo-pathologiques de la peau dans les diverses syphilides. Aussi ne parlerons-nous dans cette étude que des altérations spéciales que nous avons pu constater chez nos deux malades.

Pour en faire l'examen histo-pathologique nous avons excisé, chez chacun de nos malades, une papule de la région scapulaire. Ces papules ne présentaient pas de phénomènes de régression, la peau qui les couvrait ne desquamait pas; elles étaient assez fermes et dépassaient la peau pour atteindre le tissu cellulaire sous-cutané; elles avaient la dimension d'un pois moyen. Leur excision a été pratiquée à l'aide de l'anesthésie au chlorure d'éthyle.

Les papules enlevées ont été durcies dans l'alcool et, après inclusion dans la paraffine, les coupes colorées à l'hématoxyline et à

l'éosine, à l'hématoxyline et au picro-carmin aluné, à l'orcéine et au bleu de méthylène polychromatique de Unna.

Nous nous arrêterons avec un peu plus de détails au tableau microscopique observé dans le premier cas, et pour le second, nous ne parlerons que des particularités qui le distinguent du premier.

A un faible grossissement on voit que la couche cornée est tellement amincie que, par places, il n'en reste qu'une bandelette.

Dans la couche papillaire et sous-papillaire, le tissu fibro-connectif qui en constitue normalement la partie la plus considérable, fait complètement défaut et, à sa place, on trouve des éléments cellulaires extrêmement nombreux entre lesquels le tissu connectif, très rare, forme des tractus qui limitent les groupes cellulaires.

L'infiltration cellulaire diffuse et uniforme ne s'observe que dans la couche papillaire et un peu au-dessous de celle-ci ; à mesure qu'on s'approche du tissu cellulaire sous-cutané et dans ce dernier, on ne trouve pas d'agglomérations aussi considérables des éléments cellulaires qui sont ici disposés par groupes le long des vaisseaux sanguins et séparés les uns des autres par des zones connectives assez importantes.

Au voisinage de la couche cellulaire sous-cutanée, la forme de ces amas cellulaires est assez variée : selon que la coupe est faite parallèlement, perpendiculairement ou obliquement à la direction du vaisseau, ces amas se présentent sous une forme allongée, arrondie ou ovalaire.

Le long des vaisseaux, ces amas cellulaires pénètrent dans le tissu sous-cutané; par places on en trouve aussi autour des follicules pileux.

Ainsi l'infiltration cellulaire, assez ferme et dense dans la partie superficielle de la couche papillaire, se dissocie de plus en plus à mesure qu'elle s'approche de la couche sous-cutanée et qu'elle y pénètre; et finalement on ne trouve que de petits îlots et des cellules isolées formant des amas.

L'infiltration s'observe non seulement autour des vaisseaux, mais encore parfois autour des follicules pilaires, ainsi qu'on peut le constater sur certaines parties des coupes.

Les vaisseaux de la peau, et surtout les vaisseaux superficiels, sont notablement distendus par les hématies; leur endothélium est gonflé et fait saillie dans la lumière du vaisseau; le perithélium prolifère beaucoup.

A un grossissement plus considérable on constate les lésions suivantes :

La couche épidermique est excessivement mince; par places elle l'est à tel point qu'elle recouvre à peine les cellules de la couche de

Malpighi ; on voit, en général, qu'elle subit des lésions graves de régression.

Le tissu connectif qui entoure les foyers cellulaires périvasculaires est très lâche ; il présente un aspect onduleux ; entre les éléments cellulaires isolés on en trouve à peine ; le tissu connectif y est comme fondu, disparu. Les cellules connectives fixes sont hypertrophiées ; quelques-unes d'entre elles ne sont plus allongées, mais rondes. Les cellules épithélioïdes, qui forment dans la partie supérieure de l'infiltration de vastes foyers confluents et qui dans les régions plus profondes sont disposées en amas disséminés, constituent l'élément essentiel des cellules infiltrantes. Par le bleu de méthylène polychromatique d'Unna, elles se colorent de la même manière que les plasmazellen d'Unna. Le plus grand nombre de ces cellules épithélioïdes ne sont donc que des plasmazellen.

Nous n'avons constaté la mitose du noyau que dans quelques rares cellules ; plus souvent il y a des signes de division directe des noyaux.

Il nous est impossible de dire *avec certitude,* quel est, dans les cellules en question, le mode de division des noyaux qui se produit de préférence, mais nous basant sur les faits constatés à l'examen histologique, nous sommes enclin à penser que la division directe se produit aussi bien que la division indirecte, celle-ci étant même plus fréquente ; le petit nombre de figures karyokinétiques que nous avons observées ne nous permet pas d'admettre ce dernier mode de division comme le principal.

A côté des cellules connectives hypertrophiées, des cellules rondes et des cellules épithélioïdes ou des plasmazellen, on peut aussi voir sur les coupes un grand nombre de mastzellen, soit isolées, soit disposées en petits amas. Leurs noyaux sont très gros et saillants, tandis que leur protoplasma est généralement peu abondant.

On est également frappé du grand nombre de polynucléaires qu'on trouve dans toutes les couches de la peau, entre les cellules épithélioïdes. Elles sont relativement rares dans la partie supérieure de la couche papillaire, mais deviennent beaucoup plus abondantes un peu plus loin, là où il existe une infiltration diffuse autour des vaisseaux superficiels : dans ces régions on peut compter deux cellules épithélioïdes pour un polynucléaire. Quelques-uns de ces derniers semblent altérés ou même détruits, mais le plus grand nombre sont très bien conservés, ont la forme arrondie et le noyau fixe très vivement les couleurs.

Les cellules épithélioïdes sont loin d'être toutes d'aspect uniforme, quelques-unes d'entre elles sont altérées ou même détruites.

Sur quelques coupes nous avons constaté la présence de cellules géantes, mais en très petit nombre.

Dans la région superficielle de l'infiltration, où celle-ci est diffuse et où le tissu connectif présente le maximum d'altérations, les fibres élastiques font presque complètement défaut ; rarement on en trouve une ou deux fibrilles si l'on se sert de l'orcéine, tandis que dans la peau normale ce tissu forme un réticulum dense, à mailles très fines.

Un peu plus loin, là où l'infiltration cesse d'être diffuse pour former des îlots disséminés, la quantité des fibres élastiques augmente et au voisinage du tissu cellulaire sous-cutané leur disposition présente déjà ses caractères normaux.

Les fibres connectives et les fibres élastiques présentent dans les parties superficielles de la peau des altérations analogues : elles se dissocient et semblent fondre jusqu'à disparition complète.

Le tableau anatomo-pathologique que présente, à l'examen microscopique, la papule provenant du second malade, ressemble beaucoup à celui observé dans le premier cas. On y constate aussi des lésions de régression très marquées de la couche épidermique, allant par places jusqu'à la disparition complète.

Les couches papillaire et sous-papillaire sont le siège d'une infiltration diffuse, laquelle prend plus profondément le caractère d'une infiltration en foyer.

Les vaisseaux sont dilatés, l'endo- et le périthélium gonflés, la lumière du vaisseau notablement obstruée par des hématies.

L'infiltration est essentiellement périvasculaire ; cependant on trouve aussi des îlots autour des follicules pileux. Le tissu conjonctif présente chez ce malade les mêmes altérations que chez le premier : il est également gonflé, ondulé, comme fondu, en quantité peut-être encore moindre que dans la première observation.

Les cellules connectives sont hypertrophiées, peu nombreuses ; par contre, il y a beaucoup de plasmazellen, surtout autour des vaisseaux ; on n'observe presque pas de figures karyokinétiques ; les mastzellen sont rares ; les polynucléaires situés dans la couche papillaire et au-dessous d'elle sont nombreux, mais moins cependant que chez le premier malade. Quelques plasmazellen sont disposées en petits amas ; à leur niveau on trouve beaucoup plus de leucocytes que dans les autres portions de l'infiltration.

Le tissu élastique offre les mêmes modifications que celles que nous avons constatées dans la première observation, mais est encore moins abondant.

Dans l'un comme dans l'autre cas un grand nombre de cellules épithélioïdes ne se colorent pas par le bleu de méthylène polychromatique.

Laissant de côté la question de savoir ce que représentent ces cellules rondes, si elles constituent le premier stade des plasmazellen

ou si elles ont une autre origine, ainsi que la nature des plasmazellen en général, nous nous arrêterons sur un autre point intéressant. En plus des productions histo-pathologiques qui caractérisent une papule syphilitique parfaitement développée, j'ai observé, à l'examen des coupes des papules de mes deux malades, une accumulation considérable de leucocytes, c'est ce qui explique peut-être leur peu de stabilité et leur passage rapide à l'état de pustules, donnant ainsi le tableau clinique grave de syphilides pustulo-crustacées que nous avons constaté.

Dans les deux cas, les lésions anatomo-pathologiques de la peau se résument en ceci que, dans la couche épidermique, on note des lésions de régression, que toutes les couches de la peau sont infiltrées, d'une manière diffuse à la superficie, en îlots dans la profondeur; dans cet infiltrat on trouve des cellules connectives hyperplasiées, des cellules épithélioïdes qui ne sont que des plasmazellen, des mastzellen, des cellules rondes dont la nature reste inconnue, enfin un petit nombre de cellules géantes et beaucoup de polynucléaires. Les vaisseaux sont dilatés et remplis d'hématies, leur endothélium et leur périthélium sont tuméfiés et très proliférés, le tissu conjonctif est gonflé, ondulé, comme fondu, peu abondant, de même que le tissu élastique qui fait presque complètement défaut dans les couches superficielles de la peau.

Nous voudrions maintenant nous arrêter un peu sur les rapports qui existent, à notre avis, entre l'intensité des phénomènes cliniques observés chez ces malades et leur état général d'une part, et d'autre part entre les symptômes cliniques et la structure des papules développées sur un terrain sénile et anémié et qui, au lieu de se résorber, subissent la dégénérescence caséeuse.

L'étude clinique nous montre que l'état physique de l'organisme, son état d'immunisation naturelle exercent une influence considérable sur la marche du processus morbide. On ne peut pas, bien entendu, ne pas tenir compte, en même temps, du degré de virulence du microorganisme qui est venu infecter le sujet; nous ne pouvons cependant pas nous y arrêter longuement, puisque l'agent pathogène de la syphilis nous reste encore inconnu. On sait, par exemple, que, lorsque le bacille tuberculeux vient à se développer sur un terrain affaibli et, par suite, favorable à sa prolifération, il provoque les lésions caractérisques; plus l'organisme atteint est faible, moins il est capable de résister et de lutter contre les bactéries qui sont venues s'y implanter, plus rapide sera la marche du processus morbide et plus grave sera aussi le tableau clinique de l'affection. Il en est de même pour toutes les maladies infectieuses chroniques ou aiguës, de même que pour les processus purement locaux, tels que, par exemple, le chancre mou : l'in-

tensité et la marche du processus morbide dépendent de l'état général de l'organisme. Chez des sujets jeunes, bien portants, non anémiés, le chancre simple se cicatrise assez rapidement après avoir présenté une marche spéciale et provoque rarement des complications. Par contre, chez les vieillards ou chez des sujets affaiblis, la guérison de la chancrelle est plus ou moins lente, l'ulcération devient phagédénique et serpigineuse et le médecin ne peut jamais prévoir avec certitude quelle en sera exactement la durée.

Nous pourrions dire que la même corrélation entre l'état du terrain et l'intensité des phénomènes cliniques existe aussi chez nos deux malades. L'organisme sénile du premier, anémié du second d'entre eux, présentent un terrain favorable pour le développement des maladies infectieuses en général, et de la syphilis en particulier. Quoique, chez chacun d'eux, l'organisme ait violemment réagi, ses éléments peu stables qui sont entrés en lutte avec l'ennemi, ont subi la dégénérescence caséeuse, ce qui a provoqué le passage des papules à l'état de pustules et a donné le tableau clinique de syphilides pustuleuses.

D'ailleurs, à l'examen histologique même des papules qui à l'œil nu semblent absolument normales, on est frappé par leur structure atypique : on y constate en effet une infiltration cellulaire beaucoup plus abondante que dans les papules en général; cette infiltration est non seulement périvasculaire, mais aussi périfolliculaire ; ensuite une quantité considérable de polynucléaires dont un grand nombre sont déjà désagrégés; il en est de même pour quelques-unes des cellules épithélioïdes qui fournissent ainsi des matériaux à la formation des papules. Il se peut fort bien que, à côté de l'instabilité des éléments cellulaires qui forment les papules, l'endartérite oblitérante — qui, chez les vieillards et les sujets anémiés, trouve des conditions plus favorables pour son développement — joue aussi un rôle important dans la transformation des papules en pustules.

Je dirais donc que, chez nos deux malades, nous voyons une corrélation entre l'état du terrain et l'intensité du tableau clinique, et que, en outre, dans des papules normales en apparence, nous trouvons, à l'examen histologique, des altérations qui nous autorisent jusqu'à un certain point à dire que, par leur structure, elles se rapprochent des pustules, passage que nous avons en effet observé cliniquement.

En terminant notre travail nous profitons de cette heureuse occasion pour exprimer à notre très honoré maître M. le professeur Fournier, notre profonde reconnaissance et toute notre gratitude pour nous avoir autorisé à travailler dans son laboratoire et dans son service, sous sa haute direction.

EXPLICATION DE LA PLANCHE VII

Fig. I. — Obj. 16, oc. 4 de Zeiss ; *a*, épiderme ; *b*, vaisseaux très dilatés de la partie superficielle de la peau ; *c*, infiltration périglandulaire. (Coupe colorée à l'éosine et à l'hématoxyline.)

Fig. II. — Obj. 2, oc. 4 ; *a*, cellules connectives hypertrophiées ; *b*, leucocytes polynucléaires ; *c*, cellules rondes d'infiltration ; *d*, tissu connectif très altéré et fondu ; *e*, vaisseau dilaté par des hématies. (Coloration à l'hématoxyline et à l'éosine.)

Fig. III. — Obj. 2, oc. 4 ; *a*, cellule connective hypertrophiée ; *b*, noyaux des polynucléaires ; *c*, mastzellen ; *d*, plasmazellen contenant tantôt un, tantôt plusieurs noyaux ; *e*, vaisseau dont l'endothélium gonflé proémine dans la lumière. (Coloration au bleu de méthylène polychrome d'Unna.)

Fig. IV. — Obj. 2, oc. 4. Coloration à l'orcéine. *a*, quelques rares fibres élastiques disséminées, très gonflées dans les couches plus profondes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 13 octobre 1899.

Herpès généralisé, symétrique, consécutif à une intoxication par les moules crues.

RENDU rapporte l'observation d'un homme de 45 ans, atteint d'herpès généralisé avec groupes herpétiques reposant sur une base érythémateuse d'un rouge vif et très œdémateuse dans les points où l'éruption est très confluente : l'éruption était très confluente à la face, plus discrète au tronc et aux membres, symétriquement disposée dans tous les points. La seule cause qui puisse être invoquée pour expliquer son développement est l'ingestion, 4 jours avant le début de l'éruption, de moules crues en grande abondance (plus d'un litre) ; dès le lendemain, la nuit, le malade se trouva malaise et dormit assez mal, le lendemain, il éprouva de la fièvre et de la courbature.

DU CASTEL pense qu'il devait y avoir chez ce malade quelque trouble viscéral provoqué par l'ingestion des moules pour expliquer l'apparition tardive des accidents.

MOSNY fait remarquer que les accidents provoqués par les huîtres se développent surtout lorsque celles-ci renferment de l'eau contaminée par le voisinage d'égouts. Il peut en avoir été de même ici.

LE GENDRE insiste sur le rôle des causes personnelles dans la production des accidents causés par les moules et cite, à l'appui de son opinion, le cas d'un malade de son service qui fut atteint d'accidents comateux et d'érythème ortié diffus après avoir mangé des moules, alors qu'aucun autre malade du service n'avait été incommodé par ces mollusques : ce malade était atteint de cirrhose hépatique à marche lente et était depuis un certain temps en assez bonne voie lorsque ces accidents se sont produits.

Séance du 27 octobre 1899.

Note sur un cas de purpura foudroyant suivi de guérison.

P. BOULLOCHE rapporte l'observation d'un enfant de 4 ans et demi, pris brusquement une nuit, de vomissements alimentaires, puis, le lendemain, de purpura sous forme de taches rouge vif extrêmement petites ; dans la journée, perte complète de connaissance, avec délire et agitation, cyanose. T. : 40°,5, larges ecchymoses sur la fesse et la cuisse droites, nombreuses taches et vibices d'un rouge noirâtre, sur les membres inférieurs, éléments rares sur le tronc, les membres supérieurs et la face. Amendement des symptômes cérébraux et chute de température après une injection de

sérum artificiel et un enveloppement dans le drap mouillé. Le jour suivant, la température reste basse, mais il y a toujours du délire et le pouls est fréquent. Le quatrième jour, il y a une polyurie abondante, l'état général est bon, les éléments purpuriques commencent à pâlir. 10 jours après le début du purpura, se produit sur les jambes une éruption d'érythème noueux qui a complètement disparu au bout de 2 jours.

Ce cas répond à la description du purpura foudroyant de Guelliot, du purpura fulminans de Henoch; la guérison le distingue des faits précédemment publiés.

Paralysie générale et syphilis.

Sérieux et Farnarier, après avoir montré les difficultés de l'enquête sur l'existence de la syphilis chez les paralytiques généraux, surtout dans les asiles d'indigents, en donnent pour preuve qu'ils ont pu eux-mêmes retrouver des antécédents syphilitiques chez 78 p. 100 des paralytiques généraux à la maison de santé de Ville-Evrard (payants) et chez 40 p. 100 seulement à l'asile public de Villejuif (indigents); sur 34 hommes de la première série, ils ont trouvé 18 cas (52,94 p. 100) de syphilis certaine, 8 (23,52 p. 100) de syphilis probable, 6 (17,64 p. 100) cas probablement négatifs et 2 (5,88 p. 100) négatifs; sur 8 femmes, ils ont trouvé 3 (37,50 p. 100) cas de syphilis certaine, 4 (50 p. 100) de syphilis probable, 1 (12,50 p. 100) cas négatif. Sur 14 hommes et 3 femmes, il s'est écoulé entre la contamination syphilitique et l'internement, 7 fois moins de 10 ans, 7 fois de 11 à 20 ans, 2 fois de 21 à 30 ans, 1 fois 32 ans, en moyenne 14 ans 8 mois pour les hommes, 14 ans 3 mois pour les femmes. Dans 11,20 p. 100 des cas, il y avait association à la syphilis de l'hérédité névropathique ou vésanique, dans 11,90 de l'alcoolisme, dans 3 p. 100 de la dothiénentérie, dans 2,38 de l'arthritisme, dans 2,38 de traumatismes crâniens. Se basant sur ces statistiques, S. et F. considèrent que la syphilis n'a qu'une action banale, qui n'est en rien spécifique et que la paralysie générale ne mérite pas la dénomination trop exclusive d'affection parasyphilitique, ni même de para-infectieuse, mais celle plus générale de paratoxique.

Joffroy déclare que les antécédents syphilitiques sont beaucoup plus fréquents chez les paralytiques généraux que chez les vésaniques, mais il pense que la syphllis joue le rôle de cause favorisante et non de cause déterminante : il se base sur ce que les lésions anatomiques de la syphilis, qui ont d'ailleurs le caractère des lésions d'origine toxique, sont identiquement les mêmes chez les syphilitiques et chez les non-syphilitiques, de même les symptômes, sur ce que le traitement est impuissant dans tous les cas, tandis qu'il guérit les lésions spécifiques concomitantes. En outre, il est tout à fait exceptionnel de voir la paralysie générale se développer sur un cerveau présentant de grosses lésions syphilitiques. Il n'y a pas, quoi qu'on en ait dit, d'intervalle fixe entre le début de la syphilis et le début de la paralysie générale : cet intervalle peut varier de 1 ou 2 ans à 30 et même 36 ans. Enfin, la paralysie générale ne se développe que chez un nombre extrêmement restreint de syphilitiques et elle fait défaut chez des peuples qui sont atteints en très grand nombre par la syphilis.

Du Castel rappelle qu'il existe des scléroses d'origine syphilitique, telles

que les scléroses linguales qui ne se développent que lorsqu'une cause surajoute son action à celle de la syphilis; si on interdit toute fatigue cérébrale aux syphilitiques, on en préservera un grand nombre de la paralysie générale.

Séance du 3 novembre 1899.

Érythème infectieux et purpura hémorrhagique secondaire à une entérite membraneuse au déclin de la fièvre typhoïde.

P. Londe rapporte l'observation d'un homme de 23 ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde presque abortive ayant duré 11 à 12 jours, et accompagnée d'angine légère, fut atteint d'entérite membraneuse et, dans le cours de celle-ci, 7 jours après la défervescence de la fièvre typhoïde, d'une éruption à la fois maculeuse, papuleuse et pétéchiale généralisée, puis d'hémorrhagies multiples (ecchymoses sur la muqueuse buccale, hémorrhagies gingivales, hématurie, épistaxis, en même temps que le purpura s'accentuait. Malgré la gravité des phénomènes généraux qui accompagnent le purpura, guérison, précédée de zona lombaire.

Séance du 22 décembre 1899.

Intoxication intestinale d'origine alimentaire, caractérisée par un érythème symétrique scarlatiniforme et une fièvre à type rémittent.

Rendu rapporte l'observation d'un homme de 19 ans, qui, après avoir vécu misérablement pendant 8 jours, en se nourrissant très mal, fut pris de troubles généraux : vomissements, céphalalgie et fièvre atteignant 40°, avec angine érythémateuse diffuse sans pointillé scarlatiniforme et éruption scarlatiniforme occupant les avant-bras, les poignets, les mains, les jambes et les pieds, avec pointillé lie de vin et gonflement des mains et des pieds. Les jours suivants, diarrhée très fétide, météorisme, état typhoïde très prononcé, albuminurie et fièvre à type intermittent tierce pendant 10 jours. R. rapproche ce fait des cas d'intoxication alimentaire avec éruptions étudiés par Juhel-Rénoy et, quoique le type intermittent de la fièvre n'ait pas été signalé dans ces intoxications, pense que les accidents relèvent de cette cause.

Du Castel émet des doutes sur cette interprétation.

Séance du 1er décembre 1899.

Pigmentations bleues consécutives à des injections de morphine.

Thibierge présente une femme de 40 ans, morphinomane depuis l'âge de 16 ans, chez laquelle sont survenues, sur les cuisses, d'une façon symétrique à la suite des premières injections de morphine, de nombreuses taches de coloration bleu pâle analogue à celle des tatouages à l'encre de Chine. Ces taches, de forme arrondie ou allongée, atteignant au maximum 2 à 3 millimètres de diamètre, présentent presque toutes une très légère dépression cicatricielle qui rappelle l'aspect des vergetures.

A l'examen histologique, on trouve, au niveau de ces taches, des grains

noirs de dimensions très inégales, insolubles dans l'alcool, la potasse, les acides concentrés et ne donnant pas les réactions du fer, et d'autres transparents et réfringents, à arêtes vives; les premiers de ces grains semblent bien être des particules de charbon, les autres des particules de silice.

On peut donc penser que la pigmentation bleue a été produite par des particules charbonneuses introduites dans la peau au moment de l'injection. Dans un cas semblable, Moutard-Martin avait constaté la présence de particules de même nature.

Neurofibromatose généralisée.

P. Marie et Couvelaire présentent les pièces de l'autopsie d'un homme atteint de neurofibromatose et ayant succombé 4 ans après le début de la maladie, aux progrès de la cachexie. Les os étaient le siège d'un ramollissement rappelant l'ostéomalacie, ayant produit une gibbosité du sternum, une courbure des côtes à concavité externe, une scolio-cyphose du rachis. Il y avait une atrophie considérable des muscles. Au niveau de l'estomac et de l'intestin grêle on a trouvé une douzaine de petites tumeurs fibreuses dont les plus grosses atteignaient le volume d'une noisette. Au niveau des renflements des nerfs sous-cutanés et des gros troncs nerveux on voyait une néoplasie intrafasciculaire encapsulée par la gaine lamelleuse. Au niveau de la peau, outre de petits fibromes nettement développés dans les faisceaux nerveux, il existait des blocs fibreux non limités par une capsule et renfermant des débris des culs-de-sac sébacés ou des tubes sudoripares normaux et par places une véritable fibromatose diffuse du derme.

Séance du 23 mars 1900.

Vices de conformation multiples (encéphalocèle, exostoses claviculaires, rétrécissement mitral) peut-être dus à la syphilis héréditaire.

Rendu et Poulain présentent un homme de 39 ans, porteur de ces diverses lésions, chez lequel ils présument, en raison de l'existence de pareilles malformations, la syphilis héréditaire, mais chez lequel ils n'ont pas trouvé d'autres stigmates hérédo-syphilitiques (polyléthalité des frères et sœurs, malformation des dents, troubles de l'ouïe, déformations osseuses).

Séance du 30 mars 1900.

Un cas de maladie de Werlhoff.

Landrieux et Milian rapportent l'observation d'un homme de 55 ans, atteint, à la suite de pertes considérables d'argent et d'affaires passionnelles, sans infection intercurrente, de douleurs dans les os des membres inférieurs avec raideur musculaire, et de purpura sous forme de taches sur les jambes et d'ecchymoses larges occupant les membres supérieurs et surtout inférieurs; pas de fièvre, gencives violacées et saignantes à la sertissure des dents; sciatique double à prédominance gauche, douleur dans

la flexion et dans l'extension du bras droit, guérison sans rechutes en moins de trois semaines. A l'examen du sang pratiqué à deux reprises, à la fin de la maladie, anémie du 1er degré (3,685,000 et 4,000,000 de globules rouges) avec leucocytose légère (12,300 et 12,000 globules blancs), la coagulation se fait dans les délais normaux, mais il y a absence de rétraction du caillot.

Sur deux cas de mélanodermie arsenicale généralisée.

Enriquez et Lereboullet ont présenté à la Société, en juin 1899, un malade atteint de mélanodermie à la suite de traitement prolongé et intensif par la liqueur de Fowler (voir *Annales de dermat.*, 1899, p. 997) ; actuellement la pigmentation a beaucoup diminué ; elle est cependant encore assez marquée et on peut se demander si elle disparaîtra jamais complètement. Ils ont constaté, à l'examen microscopique de la peau de ce malade, l'existence d'amas pigmentaires en corne de cerf nombreux dans le derme, presque immédiatement sous la couche basale de l'épiderme, une pigmentation inégale des couches profondes de l'épiderme, ne dépassant généralement pas les limites superficielles du corps muqueux ; au centre des taches pigmentées, l'aspect rappelle celui des éphélides : on y voit de nombreux blocs pigmentaires au centre d'un amas compact de cellules embryonnaires à noyau vivement coloré ; le pigment présente — en partie seulement ainsi qu'il arrive pour les pigmentations anciennes — la réaction du pigment ferreux par le sulfhydrate d'ammoniaque et le ferro-cyanure de potassium.

E. et L. ont observé un nouveau cas de pigmentation arsenicale généralisée au cou et à l'abdomen, avec aspect tacheté spécial, taches claires nombreuses et quelques taches plus sombres, intégrité au moins relative de la face, des mains et des pieds, état lichénoïde de la paume des mains et de la plante des pieds, survenue chez un homme de 27 ans, atteint de psoriasis, qui avait pris pendant 5 mois une moyenne de 20 à 25 gouttes de liqueur de Fowler par jour.

Séance du 27 avril 1900.

Ecchymoses spontanées symétriques des quatre membres et des deux seins avec hématidrose chez une jeune fille de 13 ans et demi.

Béclère présente une fille de 13 ans et demi, bien développée, qui eut à l'âge de 9 ans, sans cause appréciable, des ecchymoses symétriques des mollets ayant duré deux mois, puis à 10 ans, au moment de la première apparition des règles, une ecchymose isolée sur le sein gauche et depuis cette époque, à intervalles variables, mais généralement de plus en plus rapprochés, des taches semblables sur la moitié supérieure des seins, une plaque absolument symétrique ; depuis six mois, elles sont devenues plus nombreuses et il en est apparu de symétriques sur les bras et sur les avant-bras ; depuis un mois, la mère a vu à trois reprises une gouttelette de sang à la surface d'une des ecchymoses des seins. Points d'hyperesthésie cutanée ; depuis quelques jours, vomissements et crises d'étouffement d'origine manifestement hystérique.

Séance du 8 juin 1900.

Lésions nerveuses dans un cas de zona cervical (fièvre zoster).

Ballet rapporte l'autopsie d'un cas de zona cervical ayant tout l'aspect de la fièvre zoster, observé chez une femme de 68 ans et remontant à une vingtaine de jours au moment de la mort, causée par une pneumonie. Les lésions très accusées occupaient la 3e racine postérieure, allant de la dissociation de la myéline, avec prolifération du protoplasma et disparition du cylindraxe à la vacuité complète de la gaine ; la 2e racine était beaucoup moins altérée ; les nerfs du plexus présentaient des altérations moins prononcées que la 3e racine, mais renfermaient de rares tubes avec dissociation de la myéline et prolifération des noyaux et quelques gaines vides. Les ganglions avaient été égarés. Les lésions de la racine postérieure avaient retenti sur la moelle, y provoquant l'atrophie partielle des cellules de la corne postérieure; il y avait, en outre, des lésions médullaires contingentes, dégénérescence du faisceau pyramidal d'un côté, vascularite sénile. En somme, les lésions étaient rhizomériques et non métamériques.

Séance du 6 juillet 1900.

Dermo-phosphato-fibromatose nodulaire généralisée avec pigmentation de la peau simulant la maladie de Recklinghausen.

Rénon et H. Dufour rapportent l'observation d'un homme de 27 ans, rhumatisant depuis l'âge de 12 ans et chez lequel se sont développées depuis trois ans des nodosités sous-cutanées, peu saillantes, disséminées sur le corps, occupant particulièrement la partie antérieure des aisselles, les plis des coudes, la face interne et postérieure des bras, les régions lombaire, fessière et la partie externe des cuisses, respectant la partie inférieure des membres, le dos, la nuque et la tête, et ayant une tendance à la symétrie; ces nodosités, dures, roulant sous le doigt sans s'écraser, à surface plate ou globuleuse, varient du volume d'un grain de plomb à celui d'un noyau de cerise et elles se développent lentement et subissent des alternatives d'augmentation et de régression avant de se constituer définitivement; les plus volumineuses occupent les bras; l'incision de ces nodosités en fait sortir une substance semblable à de la craie mouillée ; elles sont opaques aux rayons Röntgen ; histologiquement, elles sont constituées surtout par une matière amorphe (laquelle renferme 12,38 p. 100 de chaux, 8,84 p. 100 d'acide phosphorique anhydre et 20,35 p. 100 de matière organique, pas d'urate ni d'acide urique, ni de carbonate de chaux en quantité appréciable), par quelques amas de fibres conjonctives, pelotonnées, serrées les unes contre les autres, constituant une véritable fibrose à laquelle on ne trouve aucun rapport avec les glandes sébacées. Atrophie musculaire généralisée, ankyloses multiples, sensibilité objective émoussée sur toute la surface du corps, mais avec hypoesthésie de certaines régions de localisation variable. Sur les paupières supérieures et le dos du nez, taches rouges, rosées, semblables à celles que produirait une friction un peu forte de la peau, ou à des nævi capillaires; au front, sur

les régions rétro-auriculaires, à la nuque, au sternum, taches formant des placards plus ou moins étendus, à contours sinueux et irréguliers, allant de la couleur café au lait au brun sale, succédant à des taches semblables à celles ci-dessus décrites.

R. et D. montrent que ce cas diffère absolument des cas d'infiltration calcaire de la peau publiés jusqu'ici et se rapproche de la maladie de Recklinghausen.

Séance du 30 novembre 1900.

L'œdème idiopathique aigu des paupières.

Galliard rapporte 3 cas d'œdème aigu des paupières survenus l'un chez une jeune fille de 20 ans, le 2e chez une enfant de 4 ans et demi qui, dans l'espace de 2 ans, eut une dizaine de récidives sans cause et sans aucune manifestation concomitante; le 3e chez une fillette de 3 ans et demi atteinte d'hydarthrose du genou, d'érythème papuleux des membres inférieurs, de purpura avec légère albuminurie ; cet œdème peut atteindre d'emblée des proportions très considérables, mais ne s'accompagne ni d'altération du globe de l'œil, ni de rougeur conjonctivale.

Barié fait remarquer la coïncidence de ce dernier cas avec l'érythème polymorphe; il en a observé un cas.

Du Castel pense qu'il s'agit le plus souvent de variantes de l'urticaire, et que l'œdème aigu des paupières est souvent le résultat d'une intoxication médicamenteuse.

Galliard dit que des malades n'ont eu d'urticaire nulle part, ni aux paupières ni ailleurs.

Séance du 14 décembre 1900.

Le syndrome migraine ophtalmoplégique comme première manifestation de la syphilis cérébrale.

Lamy rapporte l'observation d'une femme de 26 ans ne présentant aucun antécédent de syphilis, chez laquelle se développèrent tout à coup des accès migraineux à localisation périorbitaire, accompagnés de chute de la paupière qui cessait avec l'accès, et alternance des accès d'un côté à l'autre. Ultérieurement, il se joignit à cette migraine des phénomènes cérébraux graves, perte de mémoire, obnubilation cérébrale, ictus, céphalées nocturnes terribles, puis ptosis permanent à droite, et plus tard parésie de la 6e paire à gauche. Ces phénomènes firent penser à l'existence de la syphilis et le traitement spécifique amena la disparition de la céphalée et de la paralysie de la paupière, la mémoire revint; la suppression du traitement fut suivie de la réapparition des phénomènes morbides, qui cédèrent encore en partie au traitement.

Séance du 28 décembre 1900.

Sur deux formes de syphilide pigmentaire du cou.

Danlos présente 2 malades atteintes de syphilide pigmentaire du cou : l'une offre la forme classique de cette lésion, développée primitivement

et caractérisée uniquement par la dyschromie ; chez l'autre, il existe une pigmentation diffuse de la nuque et des parties latérales du cou, parsemée de taches décolorées d'aspect atrophique, consécutives à des éléments papuleux : les papules ont laissé à leur place un disque noir foncé de même étendue, à la périphérie duquel est apparu bientôt un filet blanchâtre qui s'est élargi en suivant une marche centripète, constituant d'abord un anneau blanc encerclant une tache noire et finalement une tache complètement blanche.

D. pense que le mécanisme est différent dans ces deux formes malgré leur analogie objective : la première est uniquement *dyschromique* et n'est précédée in situ d'aucune autre lésion ; la deuxième, infiniment moins fréquente, secondaire à des éléments papuleux, mérite le nom de forme atrophique. G. T.

BRESLAUER DERMATOLOGISCHE VEREINIGUNG

Séance du 16 juin 1900.

Molluscum contagieux.

Schotz présente une malade atteinte de mollusca contagiosa excessivement localisés à la face ; ils sont très confluents en un point du menton où ils forment une tumeur saillante, presque de la grosseur d'une noisette. Le mode d'infection est inconnu.

Atrophies circonscrites de la peau.

Juliusberg présente une femme de 52 ans qui porte, outre un lupus vulgaire du lobule de l'oreille droite et un eczéma chronique de la paume des mains, des atrophies circonscrites spéciales de la peau. Les plus anciennes de ces atrophies sont survenues vers 1870, sans cause connue, sur le thorax sous forme de deux petits foyers arrondis ; puis elles devinrent confluentes par suite de leur développement graduel. Actuellement il existe là un point de la peau, nettement circonscrit, de 19 centimètres de largeur sur 10 centimètres de hauteur, légèrement atrophié, qu'on peut soulever ainsi que les parties adjacentes en plis fins. Dans ce territoire on voit de fines télangiectasies ; sur le bras il est survenu, en 1880, une autre plaque atrophiée (9 centimètres de largeur sur 5 de hauteur) : elle constitue un territoire légèrement brunâtre, brillant, à limites nettes, semblable à de la soie. Les plis sont encore plus fins que sur la plaque du thorax. Sur la cuisse gauche, deux petites plaques de même nature.

Il est impossible d'expliquer ces atrophies ; selon la malade, il n'y a pas eu de processus inflammatoires aigus ou chroniques sur les parties atteintes. En 1891, l'affection avait la même étendue.

Tuberculose verruqueuse de la peau.

Chotzen présente un employé de théâtre, âgé de 61 ans, chez lequel il s'est développé une nodosité, il y a huit ans, à la suite d'une petite écorchure du 3e doigt de la main droite. Au voisinage de cette nodosité, il est

survenu un certain nombre de petites tumeurs semblables, de sorte que la peau des premières phalanges des 2e, 3e et 4e doigts de la main droite, ainsi que les parties correspondantes du métacarpe dans leur tiers contigu, étaient envahies dans le courant de l'année par des productions analogues. Trois ans après il se forma, à la suite d'une blessure insignifiante de la peau, sur l'articulation cubito-métacarpienne du pouce gauche, un foyer tuberculeux de la dimension d'une pièce de 1 franc, de même nature que du côté droit. Sous l'influence d'une pommade au pyrogallol à 20 p. 100 et d'un emplâtre créosoté et salicylé, la guérison fut complète.

Trois années plus tard survinrent, dans les mêmes régions de la main droite, de nouvelles poussées qui guérirent rapidement soit avec des emplâtres, soit spontanément.

Depuis six mois, donc après un intervalle de deux ans, il se produisit, en quelques-uns des points antérieurement atteints, des proliférations présentant de nouveau les caractères typiques de la tuberculose verruqueuse de la peau et qui guérirent aussi en partie spontanément. Un foyer tout à fait nouveau, d'environ 2 centimètres de diamètre avec liséré inflammatoire récent, s'est développé sur l'avant-bras droit ; le malade ne se rappelle pas avoir eu une plaie compliquée de granulations.

Les foyers situés sur les doigts présentent des verrucosités gris pâle sur un fond cicatriciel aplati, modérément infiltré, inégal, légèrement saillant, avec petites dépressions superficielles.

Il ne faut pas toujours regarder ces dépressions comme des reliquats de la fonte des tissus, car avec le replanissement des éléments verruciformes isolés on aperçoit les crêtes épidermiques en forme de prolongements qui étaient restées dans les dépressions.

Ce cas est intéressant parce qu'il montre comment la maladie s'est développée chez un individu travaillant constamment dans la poussière, en contact direct avec des plaies superficielles, donc par pénétration de bacilles tuberculeux desséchés.

Neisser pense qu'il est difficile d'établir une séparation stricte entre les formes verruqueuses et papillomateuses du lupus et la tuberculose verruqueuse proprement dite de la peau. En général, cette dernière affection a une évolution plus bénigne, plus lente et guérit plus facilement ; d'autre part, il est remarquable qu'on trouve beaucoup plus facilement des bacilles tuberculeux dans cette forme que dans le lupus proprement dit. Au point de vue histologique, il n'existe pas de différences tranchées.

Oppler ne partage pas l'opinion de Neisser sur la bénignité de cette manifestation tuberculeuse. La tuberculose verruqueuse de la peau rentre dans les affections tuberculeuses localisées dans les couches les plus superficielles de la peau et il faut la placer dans une série avec le tubercule anatomique. Cependant, elle est souvent le point de départ de la propagation de l'infection par la voie des lymphatiques.

Lichen ruber plan atypique.

Schæffer présente un homme de 70 ans, atteint depuis dix ans d'une éruption très prurigineuse occupant presque toute la surface du corps et qu'on peut regarder comme une forme atypique de lichen ruber plan.

Il y a trois ans, ce malade était dans le même état qu'aujourd'hui, toutefois la desquamation était plus abondante, de sorte qu'on pouvait au premier abord penser à un eczéma chronique. Cependant, déjà à cette époque on était frappé par l'aspect chagriné et lichénoïde des grandes plaques. Le traitement local même le plus varié n'amena pas de modification essentielle, seulement une atténuation du prurit. Par contre, l'arsenic en injections sous-cutanées et plus tard administré à l'intérieur détermina une amélioration notable. Le malade étant ensuite resté longtemps sans prendre de l'arsenic, l'affection de la peau revint rapidement et le prurit augmenta.

Actuellement, la maladie de la peau présente les caractères suivants : plaques rouge clair, livides, brun foncé; dans les intervalles, taches dépigmentées, papules superficielles, légèrement saillantes, et enfin néoplasmes manifestement proéminents. Les éruptions les plus récentes se trouvent sur les cuisses et les bras sous forme de plaques rouge clair avec légère infiltration à quadrillage caractérisé. Dans le voisinage, petites papules polygonales, brillantes, ayant la même coloration que les foyers confluents. Quelques parties sont dures au toucher, elles ont une teinte bleuâtre et contiennent çà et là des nodosités blanc bleuâtre, proéminentes, brillantes comme de la cire. Dans les espaces intermédiaires on trouve de nouveau des parties blanchâtres, atrophiées, et des pigmentations d'un brun foncé. L'aspect paraît encore plus bigarré par des plaques rouge bleu légèrement déprimées et à plis fins. Ce qu'il y a de plus frappant, ce sont des foyers isolés sur l'abdomen et sur l'avant-bras droit qui, par la confluence de nodosités dures, ont déterminé des saillies semblables à des tumeurs à surface brillante, en partie aussi rugueuse, cornée, A la face, surtout au front, infiltrats d'un bleu rougeâtre, à limites tranchées, sans quadrillage appréciable. La paume des mains et la plante des pieds sont indemnes. Muqueuses normales.

D'après l'aspect exceptionnel de cette dermatose, particulièrement des parties infiltrées, on peut rejeter le diagnostic d'eczéma chronique ; la marche de la maladie et surtout l'absence d'humidité viennent à l'appui de cette manière de voir. S., s'appuyant sur les caractères décrits ci-dessus, dit qu'il s'agit bien là d'un cas de lichen ruber plan qui mérite d'appeler l'attention en raison de sa généralisation presque complète, de la présence de foyers étendus en surface et d'infiltrats cornés durs. Mais ce qu'il y a de spécial, ce sont les atrophies en partie dépigmentées, en partie aussi de coloration livide; Zarubin a publié un cas analogue sous le nom de lichen ruber planus atrophicans. Il s'agit donc de nombreuses déviations des caractères habituels du lichen ruber plan, comme on les a observées dans quelques cas.

Les injections de cacodylate de soude ont amené dans l'espace de quinze jours une amélioration remarquable tant au point de vue objectif que des sensations subjectives.

A. Doyon.

FREIE VEREINIGUNG DER CHIRURGEN BERLINS

Séance du 10 décembre 1900.

Recherches sur les arthrites blennorrhagiques.

Baur fait remarquer que les recherches les plus récentes démontrent que les animaux ne sont pas aussi réfractaires à la blennorrhagie qu'on l'admet généralement ; en outre, des cultures pures de gonocoques, provenant d'un exsudat articulaire blennorrhagique, peuvent provoquer dans l'urèthre de l'homme une blennorrhagie vraie.

Les opinions des auteurs sont extrêmement variables en ce qui concerne le pourcentage des gonocoques trouvés dans les épanchements articulaires ; souvent on rencontre aussi des staphylocoques et des streptocoques ; dans les cas négatifs on a incriminé l'action des toxines.

En raison de la faible quantité de liquide qu'on retire des articulations, B. a renoncé à l'examen microscopique et a inoculé immédiatement ce liquide sur de l'albumine-sérum additionnée de 2 p. 100 de nutrose.

Pour ses examens, B. employait des cas aussi récents que possible, parce que les gonocoques meurent facilement et qu'il peut se produire une infection mixte.

Sur 27 cas examinés, 19, soit 60 p. 100, donnèrent un résultat positif. Dans un cas on trouva des staphylocoques qui pouvaient provenir soit d'une infection mixte, soit d'une contamination.

B. a constaté que les gonocoques ne s'observent que dans les arthrites récentes, jusqu'au sixième jour de la maladie ; à partir du septième jour, ses recherches ont été négatives. On peut en conclure que les premiers observateurs, dont les résultats furent négatifs, avaient examiné des cas trop anciens et que d'autres variétés de bactéries provenaient de la stérilisation défectueuse du terrain de culture ou d'infections mixtes secondaires.

B. a aussi ponctionné les parties environnantes des articulations tuméfiées, mais sans aucun résultat ; la tuméfaction est donc probablement occasionnée par les toxines des gonocoques. Des gonocoques introduits dans les articulations et le péritoine d'animaux meurent rapidement et déterminent de légers symptômes morbides. Des toxines provoquaient au contraire des infiltrations douloureuses comme chez l'homme, ainsi que des raideurs consécutives.

Les animaux de laboratoire sont immunisés contre les gonocoques, non contre leurs toxines.

Il est possible que l'iodure de potassium et l'iodipin administrés en même temps aient une action plus favorable ; les anticorps n'ont pas donné de résultat.

A. Doyon.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

Session de Cheltenham. Août 1901.

SECTION DE DERMATOLOGIE

La section de Dermatologie, présidée par le Dr J.-J. Pringle (de Londres), a tenu trois séances qui ont été toutes remarquablement bien remplies. Chacune était réglée comme l'ont été celles des derniers Congrès internationaux : 1° présentations de malades ; 2° rapports et discussions sur les sujets mis à l'ordre du jour ; 3° communications diverses.

Il était à prévoir que dans une ville secondaire comme Cheltenham, où il n'y a pas de spécialiste en dermatologie bien défini, les présentations de malades ne pourraient pas être très abondantes. Cependant, sur les 4 ou 5 malades présentés chaque jour, il s'en est trouvé de réellement fort intéressants. Je citerai notamment un jeune homme atteint de pelade décalvante généralisée depuis son enfance, puis successivement de vitiligo extrêmement étendu, à ce point que presque toute la surface du corps était devenue achromique sauf quelques îlots d'hyperpigmentation et enfin de sclérodermie en plaques du type morphée. Ces plaques de morphée, variant de 1 ou 2 centimètres à la largeur de la main, étaient très nombreuses et disséminées sur toute la surface du corps. On en trouvait à tous les stades. Les unes débutaient sous forme d'une macule violacée; d'autres formaient des plaques dures, lardacées, d'un blanc jaunâtre, et entourées d'un liséré violacé; d'autres enfin guéries, jaunâtres ou brunâtres, minces, atrophiques, parcourues par des veines dilatées. Il n'y avait aucun trouble nerveux ou de la santé générale. Il n'est pas rare de rencontrer la pelade et le vitiligo associés, mais il n'est pas fréquent de voir la pelade, le vitiligo vrai et la morphée se réunir dans un même complexus. Je citerai encore une famille atteinte de kératodermie palmaire et plantaire héréditaire, une lésion chronique de la face où les diagnostics ont hésité entre un lupus tuberculeux et un lupus érythémateux, enfin quelques lupiques traités ou guéris par la méthode de Finsen.

Rôle des microcoques dans la pathologie cutanée.

Sabouraud ouvre la discussion par un rapport dans lequel il a exposé des idées dont nous donnerons un résumé très sommaire, car elles sont connues de la plupart de nos lecteurs.

Trois microcoques jouent un rôle important en pathologie cutanée : le streptocoque de Fehleisen dont la lésion la plus caractéristique est l'impetigo contagiosa de Fox; le staphylococcus aureus de Rosenbach qui produit l'impétigo folliculaire de Bockhart; le staphylococcus gris, identique au morocoque de Unna et qui produit le pityriasis simplex.

Le streptocoque peut produire des lésions cutanées assez variées : des bulles transparentes de pemphigus infectieux; des nodosités analogues à celles de l'érythème noueux; l'érysipèle; l'impétigo contagieux de Fox qui est caractérisé au début par une bulle flasque éphémère se desséchant

en une croûte melliforme sous laquelle se forme un exsudat fibrineux. L'infection streptococcique peut souvent compliquer des eczémas et s'y caractérise par la sécrétion copieuse d'une sérosité transparente et par la formation d'un exsudat fibrineux gris bleuâtre sur les surfaces excoriées; le streptocoque peut enfin produire des lésions ulcéreuses improprement qualifiées d'ecthyma et qui correspondent au rupia de Bateman.

Le staphylocoque doré produit une pustule généralement folliculaire, remplie de leucocytes; le microbe y est cantonné sous la voûte et la lésion s'accompagne souvent de nécrose dermique. Il détermine l'impétigo de Bockhart, le sycosis, le furoncle, certaines dermatites pustuleuses professionnelles, l'acné du goudron, les éruptions mercurielles pustuleuses, l'acné chéloïdienne et l'acné nécrotique.

Le staphylocoque gris est le microbe le plus répandu à la surface de la peau; quand il pénètre à travers la couche cornée, il produit le pityriasis simple des peaux acnéiques, le pityriasis simple du cuir chevelu ou eczéma séborrhéique de Unna, l'eczéma parasitaire ou flanellaire de la poitrine. Il trouble la kératinisation en produisant un état spongoïde de l'épiderme; les lésions paraissent grasses au toucher, non qu'elles contiennent de la graisse, mais à raison de l'exsudat albumineux qui caractérise l'état spongoïde. Dans toutes ces lésions, le staphylocoque gris est accompagné par la spore de Malassez, qui n'en est peut-être qu'une forme dégénérative. On ne peut affirmer si le staphylocoque doré et le staphylocoque gris sont deux espèces distinctes ou seulement deux variétés, mais elles paraissent distinctes.

J. Galloway déclare que la tendance générale en bactériologie est de donner trop d'importance à des différences superficielles entre les microbes et de séparer absolument des variétés de microbes qui sont réversibles l'une dans l'autre. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les streptocoques et les staphylocoques, car ces organismes sont très variables quant aux caractères de leurs cultures et à leur virulence; on peut même les faire varier artificiellement sous ce double rapport. Les inflammations de la peau sont rarement causées par un seul microbe, ce sont généralement des infections mixtes. La multiplicité des microbes qu'on trouve dans la peau rend leur étude très difficile.

Les micrococques qu'on rencontre le plus souvent dans la pathologie cutanée appartiennent à trois types. 1° Le streptocoque pyogène dont la virulence est très variable; il produit l'érysipèle et les diverses variétés. d'éléphantiasis; ses relations avec l'impétigo sont encore incertaines. 2° Le staphylocoque doré qui est la cause ordinaire des suppurations de la peau, c'est le mieux connu des trois et il s'accompagne souvent de nécrose locale. 3° Le staphylocoque blanc ; sa virulence est extrêmement variable : ses variétés non virulentes sont des hôtes habituels de la peau et ont été décrites sous les noms de staphylococcus cutis communis, staphylococcus epidermidis albus, etc., on peut les rendre virulentes par certains procédés de culture, ce qui démontre l'identité de toutes ces variétés. Il produit des suppurations généralement moins graves que le staphylocoque doré, auquel il est souvent associé dans l'acné vulgaire, dans la séborrhée, l'eczéma, l'impétigo, les folliculites, etc.

Traitement des affections cutanées par la méthode de Finsen et les rayons de Röntgen.

Malcolm Morris a traité un certain nombre de malades avec l'appareil original de Finsen auquel il a apporté quelques modifications de détail.

Les résultats thérapeutiques sont proportionnés à l'intensité de la réaction. Il y a donc intérêt à déterminer une réaction inflammatoire assez accusée. C'est surtout dans le lupus tuberculeux que les bons effets de la méthode ont été éclatants; ils sont moins accusés dans les cas déjà traités chirurgicalement et où les nodules sont noyés dans le tissu de cicatrice. Certains petits lupus récents ont pu être guéris avec une seule séance. L'acide pyrogallique employé à titre d'adjuvant a quelquefois notablement hâté la guérison. Dans un cas de lupus du nez, le traitement appliqué sur la peau a amené la guérison des lésions muqueuses, mais dans le lupus des cavités, les rayons de Röntgen paraissent appelés à rendre de réels services. Les yeux n'ont pas été fâcheusement influencés par le traitement de Finsen appliqué aux paupières, mais l'angle de l'œil présente des difficultés toutes particulières à cause de l'impossibilité de faire une compression efficace.

Dans l'ulcus rodens, le traitement de Finsen a déterminé une certaine réaction, le ramollissement des lésions et dans quelques cas une guérison parfaite. Cependant les résultats sont moins constants que dans le lupus.

Dans le lupus érythémateux il y a eu quelques améliorations, mais d'une façon très inconstante.

Les avantages de la méthode sont la constance des résultats, l'absence de douleur, la beauté des cicatrices. Les conditions défavorables sont les cicatrices dures, la pigmentation qui arrête les rayons chimiques, la grande vascularité et l'épaisseur des masses lupiques.

Blacker et Sequeira confirment les bons résultats obtenus par la méthode de Finsen et décrivent des modifications de l'appareil primitif inspirées surtout par l'appareil de Lortet et Genoud.

N. Walker fait remarquer le danger qu'il y aurait à voir tomber entre les mains des charlatans des procédés thérapeutiques aussi actifs et aussi difficiles à manier que les rayons de Röntgen.

Noiré décrit les résultats obtenus à l'hôpital Saint-Louis par la méthode de Finsen.

R. Crocker résumant la discussion, redoute un peu l'emballement en faveur de la nouvelle méthode, il trouve que, quelque satisfaisants que soient les résultats présentés, elle ne s'est pas encore imposée comme méthode unique et que les anciens procédés du traitement du lupus ne sont pas encore près de tomber dans l'oubli.

De la séborrhée.

Colcott Fox fait la critique des différentes doctrines proposées sur la séborrhée. Il montre que la graisse est sécrétée non par les glandes sudoripares, mais bien suivant l'opinion ancienne, par les glandes sébacées Il faut distinguer une séborrhée huileuse et une séborrhée sèche ou con-

crète dans laquelle la graisse est mélangée de cellules épidermiques et forme un enduit suifeux à la surface de la peau. Quant au pityriasis capitis, c'est une affection différente qui a été rattachée à tort aux séborrhées par Hebra.

La séborrhée est physiologique chez certaines personnes, notamment chez les nègres. La séborrhée pathologique est due à une déchéance de la santé générale à la puberté ou parfois à certaines intoxications. Fox expose les doctrines de Unna et de Sabouraud, mais ne prend pas clairement position dans le débat.

Sabouraud déclare que la séborrhée sèche n'est pas une séborrhée, c'est un pityriasis; il n'y a pas de séborrhée purement squameuse. La séborrhée est une hypersécrétion des glandes sébacées. Elle se présente sous deux formes, la séborrhée grasse où la graisse liquide ou concrète est déversée sur la peau, et la forme kystique qui est le comédon. La lésion élémentaire de la séborrhée est un bouchon gras folliculaire qui obstrue l'orifice et constitue le cocon séborrhéique. Ce bouchon est formé de graisse pure rempli d'une quantité énorme d'un très petit bacille. Le comédon n'est que l'exagération du cocon séborrhéique ; l'un et l'autre sont dus à l'infection du follicule par le microbacille séborrhéique. L'infection secondaire par le staphylocoque gris donne naissance à l'acné. L'infection secondaire par le staphylocoque doré produit le furoncle, le sycosis, l'acné chéloïdienne et l'acné nécrotique. Quand elle reste pure, l'infection microbacillaire produit l'hypertrophie de la glande sébacée, l'hypersécrétion sudoripare et l'atrophie du bulbe pileux.

L'infection microbacillaire des follicules est en rapport avec le développement sexuel; elle ne se montre jamais avant la puberté. Elle se localise de préférence au voisinage de la ligne médiane du corps. Dans les régions velues elle aboutit à l'alopécie.

La séborrhée microbacillaire fournit un terrain favorable à une foule d'affections telles que : verrue molle sénile, molluscum contagiosum et les différentes formes de pityriasis qui ne sont pas des séborrhées.

Norman Walker n'a réussi qu'une seule fois à cultiver le microbacille de Sabouraud, or il s'agissait d'un cas d'hypertrichose. Il remarque que ce n'est pas la séborrhée huileuse qui produit le plus facilement la calvitie, c'est la séborrhée sèche et squameuse. Il est tout à fait d'avis que l'eczéma séborrhéique de Unna n'a rien à faire avec la séborrhée huileuse ou avec les glandes sébacées.

Brooke admet que le soi-disant eczéma séborrhéique est une maladie toute différente de la séborrhée, elle est probablement parasitaire et contagieuse.

Pernet remarque qu'il paraît très clair, de l'avis unanime, que le nom d'ecméza séborrhéique doit être abandonné.

W. Dubreuilh reconnaît que, de toutes les théories de la séborrhée et des manifestations dites séborrhéiques qui ont été proposées jusqu'ici, celle de Sabouraud est la plus séduisante ; mais elle est encore trop mêlée d'hypothèses, elle est en désaccord avec trop de faits cliniques qu'elle contredit ou n'explique pas pour que nous puissions l'accepter sans preuves nouvelles et plus complètes.

Les communications libres ont été nombreuses et intéressantes. Pour ne pas allonger cet article outre mesure, je ne ferai que les signaler, il en sera rendu compte plus complètement lorsqu'elles seront publiées et elles trouveront alors leur place dans une distribution plus méthodique de la bibliographie. Mac Leod fait une communication sur l'histologie du pian, concluant qu'il s'agit d'une maladie toute différente de la syphilis. W. Dubreuilh sur un cas de maladie de Paget de la vulve ; C. Fox et Mac Leod sur le parakeratosis variegata ; W. Beatty sur le pityriasis rubra pilaris ; Whitfield sur l'érythème induré ; Brooke et Roberts sur les éruptions arsenicales observées pendant l'épidémie de Manchester ; Crocker et Pernet sur l'épithélioma arsenical ; G. Little, purpura mortel avec hémorrhagie dans les capsules surrénales.

W. Dubreuilh.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Chancre syphilitique du vagin.

Un cas de chancre syphilitique du vagin chez une femme enceinte; dystocie cervicale; grandes incisions du col, par Chaleix-Vivie. *Revue de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Bordeaux*, 1901.

Observation intéressante, en raison de l'extrême rareté du chancre syphilitique du vagin; la complication obstétricale ne paraît pas en rapport avec la syphilis.

Femme de 25 ans, 1re grossesse, dernières règles le 10 mai; le mari contracte la syphilis et voit un chancre se développer à la verge le 15 octobre; dans les premiers jours de décembre, la femme éprouve une très légère sensation de gêne dans le vagin, et a des adénopathies inguinales; le 14 décembre, on constate l'existence d'un chancre syphilitique, siégeant sur la face postérieure du vagin, en son tiers inférieur; plaques muqueuses. Accouchement à terme, laborieux par suite de la rigidité dite spasmodique du col; hydramnios; enfant bien constitué, pesant 2,400 grammes. G. T.

Réinfection syphilitique.

Cas de réinfection syphilitique (Un caso di reinfezione sifilitica), par A. Spagolla. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899 p. 377.

S. rapporte un cas de réinfection syphilitique dont les deux infections ont été observées à la clinique de Majocchi, à Bologne.

Homme de 24 ans, pris de blennorrhagie 3 ou 4 jours après un coït et 15 à 20 jours plus tard, sans nouveau coït, d'un chancre induré du prépuce; en même temps, adénopathie inguinale plus grosse qu'une noisette, immobile et très douloureuse à la pression dans l'aine droite et, de plus, dans les deux aines, tuméfactions plus petites, dures, mobiles et complètement indolentes; anémie, céphalée, roséole sur le tronc. Observé à la clinique de Majocchi le 10 janvier 1894, on note, outre les phénomènes ci-dessus, des adénopathies cervicales; le malade reçut en 3 séries 140 injections de sublimé; au cours du traitement on constata des plaques muqueuses de l'anus, de la langue et des lèvres. Quatre ans et demi après la dernière manifestation syphilitique observée, au milieu de janvier 1899, le lendemain du dernier coït et 15 ou 20 jours après l'avant-dernier, le malade constata sur le bord libre du prépuce le début d'un nodule qui s'excoria très superficiellement et qui, le 3 mars suivant, lors de l'entrée à l'hôpital, était cicatrisé et présentait une induration cartilagineuse accompagnée d'adénopathies inguinales dures, volumineuses, indolentes; il y avait en outre des adénopathies cervicales et épitro-

chléennes et une roséole sur le tronc ; au mois de juillet, malgré un traitement par les injections de calomel, syphilomes maculo-papuleux sur le tronc et les membres, puis plaques muqueuses sur les lèvres, la langue, les amygdales. G. T.

Pathologie générale de la syphilis.

L'immunité pour la syphilis et la chemiotaxie chez les animaux (L'immunita per la sifilide e la chemiotassi negli animale), par N. La Mensa. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, fasc. 5, p. 519.

L. a inséré sous la peau d'animaux des tubes contenant du sang provenant de sujets sains et de sujets à des périodes diverses de la syphilis. Il a constaté que le bouchon blanc de leucocytes qui se forme à l'extrémité du tube est d'autant plus développé que le sang en expérience provient de sujets en état de virulence syphilitique plus considérable. G. T.

Résolution de l'engorgement régional des ganglions lymphatiques après l'excision du chancre syphilitique. — Quand la syphilis devient-elle constitutionnelle ? (Ausfall der regionären Lymphdrüsenschwellung nach Excision des syphilitischen Primäraffectes Zugleich ein Beitrag zur Frage : Wann wird Syphilis constitutionnell ?) par Matzenauer. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LII, p. 333.

L'immunité contre une nouvelle infection avant l'explosion de l'exanthème, l'affection primaire étant déjà manifeste, provient de l'action des toxines de la syphilis.

De même les modifications de l'état du sang avant l'irruption de la syphilide sont dues à l'action des toxines.

Jusqu'à l'apparition de l'exanthème, l'infection, quoique déjà très accusée, est cependant limitée à des territoires lymphatiques déterminés et elle ne devient générale qu'avec l'apparition de l'exanthème.

Il existe donc avant l'exanthème une infection générale (par les toxines de la syphilis), mais non une infection générale par les agents infectieux de la syphilis.

On ne saurait affirmer qu'il est impossible d'empêcher d'une manière absolue une infection générale par l'extirpation radicale des territoires lymphatiques déjà infectés, quoique les chances soient très minimes.

L'engorgement régionnaire presque pathognomonique des ganglions lymphatiques persiste si on excise l'affection primaire avant qu'elle ne se développe.

Si on extirpe d'un seul côté le chancre et les ganglions engorgés, il ne se produit ultérieurement de tuméfaction ni des ganglions de ce côté, ni en général de ceux de l'autre côté. A. Doyon.

Recherches sur les échanges organiques dans la syphilis récente (Ricerche sul ricambio materiale nella sifilide recente), par Radaeli. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 4, p. 412.

D'analyses d'urines et de matières fécales faites chez 5 malades dont les aliments étaient pesés, R. conclut que, dans la syphilis récente, la décomposition de l'albumine est augmentée, en proportion telle que le bilan entre l'azote introduit et l'azote éliminé par l'urine et les matières fécales

peut être en déficit; cette augmentation n'existe pas dans la période de 2e incubation, mais accompagne habituellement l'apparition des phénomènes généraux, elle peut ne s'accompagner d'aucune augmentation de la température. L'azote de l'urée et l'azote total sont augmentés dans la même proportion, de sorte que leur rapport oscille dans les limites normales. Le traitement mercuriel (les malades ont été soumis aux injections de sublimé) ralentit la décomposition de l'albumine et ramène l'équilibre dans le bilan de l'azote. Il en est de même probablement quand les manifestations disparaissent spontanément sans intervention du traitement. L'absorption intestinale au moment des phénomènes généraux est le plus souvent moins active que pendant la période de 2e incubation et pendant ou après le traitement spécifique. L'acide sulfurique total et l'acide phosphorique suivent parallèlement les oscillations de l'azote. G. T.

Fréquence des lésions syphilitiques érosives sur la muqueuse buccale et leur rareté sur les organes génitaux de la femme relativement à la fréquence des syphilomes de la verge (Sulla frequenza delle lesioni erosive sifilitiche alla mucosa orale e sulla rarità di esse lesioni ai genitali muliebri relativamente alla frequenza dei sifilomi alla verga), par N. La Mensa. *Rassegna internazionale della Medicina moderna*, 1900, nº 16.

Sur 3,257 femmes atteintes de maladies vénériennes reçues dans les salles de vénéréologie de Tommasoli, de 1895 à 1899, 675 présentaient des syphilides érosives des organes génitaux et 2,027 avaient des manifestations sur la muqueuse buccale. Cette immunité relative de la muqueuse des organes génitaux tient à ce que le vagin est une sorte de cavité virtuelle, qui en dehors du coït n'est soumise à aucune cause d'irritation et à ce qu'il est l'objet de soins de propreté assez grands de la part des prostituées; au contraire, la muqueuse buccale est exposée à des irritations constantes très variées, chimiques, physiques, mécaniques, résultant des fermentations d'origine microbienne, du contact des aliments chauds, acides ou alcalins, de l'abus de l'alcool et du tabac.

La fréquence du chancre syphilitique de la verge, fréquence que montre l'observation courante, tient sans doute à ce que la syphilis est transmise non seulement par les érosions syphilitiques des organes génitaux de la femme, mais encore par toutes sécrétions provenant des sujets syphilitiques : pus du chancre simple, des lésions blennorrhagiques, et par le sang menstruel. Il faut donc interdire l'exercice de leur profession aux prostituées syphilitiques, non seulement lorsqu'elles présentent des lésions spécifiques des organes génitaux, mais encore lorsqu'elles sont atteintes de quelque affection des organes génitaux s'accompagnant d'une sécrétion et lorsqu'elles ont leurs règles. G. T.

Statistique de la syphilis tertiaire (Zur Statistik der tertiären Syphilis), par V. Lion. *Beiträge zur Dermatologie und Syphilis Festschrift gewidmet Herrn I. Neumann*, Vienne, 1900, p. 395.

La statistique de L. comprend tous les cas de syphilis tertiaire observés depuis le commencement de 1896 jusqu'à présent à la clinique et à la policlinique dermatologique de Breslau. L. établit une comparaison avec les cas de la pratique privée de Neisser.

Depuis 1896 on a noté, à la clinique et à la policlinique, en tout 3,200 syphilitiques : 1,900 hommes et 1,300 femmes. Sur ce nombre 237 présentaient des accidents tertiaires, à savoir 7,4 p. 100 de tous les syphilitiques : 128 hommes, soit 6,7 p. 100; 109 femmes, soit 8,3 p. 100.

La proportion des femmes syphilitiques atteintes de tertiarisme, par rapport aux hommes est 55,4 contre 44,6 p. 100.

Sur ces 237 syphilitiques tertiaires, 156, soit 65,4 p. 100, n'avaient suivi aucun traitement, ou ne l'avaient suivi que d'une manière tout à fait insuffisante; 53 (22,3 p. 100) n'avaient fait qu'une seule cure; 22 (9,2 p. 100) avaient fait deux ou trois cures ; 6 (2,5 p. 100) avaient fait quatre cures.

Les malades de la clientèle privée de Neisser comprennent 460 hommes et 32 femmes syphilitiques; sur ces nombres on trouve 102 hommes (20,2 p. 100) et 9 femmes (28,1 p. 100) atteints de lésions tertiaires.

Dans cette deuxième série statistique, le nombre des candidats au tertiarisme diminue aussi notablement en proportion des traitements.

De ces statistiques il résulte qu'un traitement mercuriel complet à la période précoce met pour une large part un syphilitique à l'abri du tertiarisme; c'est un devoir de soumettre tout syphilitique au traitement chronique intermittent, d'ailleurs tout à fait inoffensif, continué pendant quatre années, qui a été préconisé par Fournier puis par Neisser. A. Doyon.

Syphilis réfractaire au traitement (Refractory syphilis with report of a case utterly resistant to specific treatment), par J. Schamberg. *American Journal of the medical Sciences*, février 1901, p. 184.

Une femme de 39 ans, mariée depuis 17 ans, mère de 4 enfants bien portants dont le dernier a 11 ans, a pris la syphilis de son mari il y a 8 ans. Depuis lors elle n'a jamais été exempte de manifestations syphilitiques. Toutes celles qui surviennent sont très tenaces et dès qu'elles sont guéries elles récidivent au même point ou ailleurs.

Actuellement on trouve une cicatrice sur la joue, des taches achromateuses sur la nuque, les bras, les mains et les cuisses ; une plaque de syphilides tuberculeuses sur le coude gauche ; une plaque de syphilides papulo-squameuses sur la paume droite ; une onyxis suppurée au médius droit. La malade a de l'embonpoint et paraît robuste, mais elle se sent faible et a des nausées, de la diarrhée et de la céphalée ; cela ne l'empêche pas d'engraisser; urines normales. Depuis un an elle a subi 16 injections de bichlorure, 110 frictions, a pris du protoiodure et du biiodure par la bouche, sans compter de fortes doses d'iodure de potassium, sans que les lésions qu'elle a actuellement aient pu guérir complètement.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels n'explique cette ténacité de la syphilis. W. D.

Hématologie de la syphilis.

La réaction sanguine de Justus dans la syphilis (A critical study of the Justus blood-test for syphilis), par David Jones. *New-York Medical Journal*, 7 avril 1900, p. 513.

La réaction de Justus consiste en ce que, dans tous les cas de syphilis non traitée, la première administration du mercure en frictions ou par

la bouche détermine une brusque diminution de l'hémoglobine pouvant atteindre 10 p. 100. Cette réaction ne se produit que dans la syphilis.

Jones a expérimenté sur 53 cas, soit 35 syphilitiques et 18 non syphilitiques. Il a employé le procédé de Hammerschlag par la mesure de la densité du sang en le contrôlant par l'hémomètre de Fleischl. D'une façon générale il a pu confirmer les recherches de Justus, mais, cependant, la réaction a quelquefois manqué dans les cas de chancre récent ou de syphilis latente. Cette réaction peut rendre des services dans les cas de diagnostic douteux, surtout quand elle est positive. W. D.

Hématologie de la syphilis et son intérêt diagnostique (Ematologia della sifilide con speciale riguardo alla diagnostica delle lesioni chirurgiche di dubbia natura; ricerche e considerazioni), par G. Verrotti. *Giornale internaz. delle scienze mediche*, 1900.

V. a examiné le sang de 30 syphilitiques, dont 12 ont été suivis pendant le cours du traitement spécifique.

Il a trouvé en général une diminution du nombre des hématies et de la quantité d'hémoglobine, qui peuvent s'abaisser respectivement à un minimum de 3,740,000 et de 55 par millimètre cube; les hématies sont le plus souvent pâles, elles sont parfois déformées, de dimensions très inégales, leur résistance ne présente pas de modifications appréciables. Le nombre des leucocytes, dans les cas de lésions inflammatoires étendues de la peau, se maintient le plus souvent dans les limites du maximum physiologique et quelquefois le dépasse ; le rapport entre les globules blancs et rouges se rapproche le plus souvent du minimum physiologique ou lui est peu inférieur ; il y a tantôt augmentation des polynucléaires, tantôt augmentation des lymphocytes, cette dernière surtout dans les cas où il y a des adénopathies prononcées ; les grandes variations physiologiques du nombre des éosinophiles retirent toute valeur à des modifications qui sont peu considérables ; la densité du sang est diminuée. En général, l'intensité des altérations sanguines est en rapport avec l'étendue des lésions et avec la gravité de l'état général : aussi sont-elles plus prononcées à la période secondaire qu'à la période tertiaire.

A la suite du traitement spécifique, les éléments sanguins se régénèrent, les hématies de nouvelle formation se multiplient et leurs qualités chromatiques et morphologiques se perfectionnent. La régénération présente deux phases qui peuvent évoluer simultanément ou prédominer l'une sur l'autre ; la phase régénérative (période thérapeutique) est ordinairement précédée d'une période plus ou moins brève, caractérisée par la diminution du taux de l'hémoglobine et du nombre des hématies (période toxique initiale) et suivie d'une nouvelle phase régressive du sang due à l'action du traitement spécifique portée au delà des limites thérapeutiques qui sont variables suivant les individus (période toxique post-thérapeutique) ; les leucocytes, le réticulum fibrineux tendent à revenir à leur état physiologique pendant la période thérapeutique ; la densité du sang augmente et tend à se rapprocher du chiffre physiologique. Les modifications thérapeutiques du sang coïncident avec celles des lésions et peuvent quelquefois les précéder ; les injections parenchymateuses de calomel provoquent une régénération du sang plus rapide et plus intense ; l'examen

du sang est utile, quand les manifestations morbides sont en pleine phase régressive, pour déterminer si on doit continuer ou suspendre le traitement.

Chez les sujets non syphilitiques, le mercure (injections de sublimé et de calomel) provoque des altérations quantitatives et qualitatives : diminution des propriétés physiques et physiologiques des hématies, diminution progressive du nombre des hématies, du taux de l'hémoglobine et de la valeur globulaire ; augmentation des leucocytes avec grandes oscillations, production ou exagération des modifications dans le rapport des variétés de leucocytes, diminution de la densité.

Pour constituer un élément séméiologique très important dans les cas douteux, l'examen du sang doit être complet (qualitatif et quantitatif) et porter principalement sur les hématies, les leucocytes et la densité.

Les modifications que présente le sang des syphilitiques pendant le traitement spécifique et qui sont en rapport avec les phases de la régénération sanguine, se différencient tellement des modifications régressives qu'on observe chez les non syphilitiques, qu'elles peuvent être élevées au rang de criteriums diagnostiques ; ces modifications sont surtout nettes, au point de vue de la rapidité et de l'intensité, à la suite des injections de calomel. Elles ne s'observent pas toutes simultanément chez chaque syphilitique ; quelques-unes d'entre elles sont plus manifestes et d'autres moins. De l'examen hématologique comparatif (entre le 4e et le 12e jour après le commencement du traitement) le chirurgien peut tirer des criteriums suffisants pour éclairer le diagnostic douteux de la syphilis, sans attendre le résultat de l'examen clinique. G. T.

Syphilides.

Disposition métamérique spinale de la syphilide pigmentaire primitive, par Brissaud et Souques. *Semaine médicale*, 10 juillet 1901, p. 249.

La localisation cervicale de la syphilide pigmentaire ne correspond à aucun département vasculaire connu, ni à la distribution du plexus cervical ; elle rappelle à certains égards le territoire cutané de la 3e racine cervicale, mais par d'autres côtés la ressemblance fait défaut ; aussi est-il de prime abord difficile de dire si sa topographie est rhizomérique ou myélomérique.

Au contraire la localisation ultra-cervicale, plus rare, de cette syphilide dont B. et S. rapportent deux observations avec schéma (épaule, partie externe du bras et de l'avant-bras, portion sus-mammaire du thorax en avant et en arrière, dans un cas, épaule ; partie externe du bras et du tiers supérieur de l'avant-bras, tronc jusqu'à la région fessière en arrière et jusqu'à la région pubienne en avant dans l'autre cas) est en faveur de l'origine métamérique spinale, ou rhizomérique. C'est là, pour B. et S., un argument majeur en faveur de la nature trophoneurotique de la syphilide pigmentaire. G. T.

Lichen syphilitique (Ueber Lichen syphiliticus), par Hirschlaff. *Dermatol. Centralblatt*, novembre 1900, p. 98.

Jeune fille de 22 ans, sans antécédents héréditaires, atteinte depuis l'âge de 8 ans d'un lupus de l'extrémité du nez, ayant atteint la largeur d'une pièce de 5 francs en argent, et entouré de quelques nodosités de la grosseur d'un grain de chènevis. Légère matité au sommet du poumon droit.

Cette jeune fille a contracté la syphilis au mois de septembre 1898 et, quelques mois après, il survint sur tout le corps une éruption non prurigineuse occupant principalement le front, le dos, le tronc, les membres surtout dans les creux poplités et le pli des coudes. Cette éruption est caractérisée par des papules rouge-brun, desquamant légèrement en quelques points, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis ; quelques papules ont, à leur centre, une tache punctiforme de couleur foncée.

Sur le dos, groupes presque circulaires constitués par de nombreuses petites papules qui, abstraction faite de la pigmentation, ont l'aspect de la peau ansérine. Quelques grosses papules sur le cou. Sur la muqueuse, particulièrement sur les deux amygdales et sur les petites lèvres, nombreuses plaques muqueuses. Tous les ganglions sont très tuméfiés.

Une injection de tuberculine de 1 milligramme provoqua une assez vive réaction sur le nez mais ne modifia en rien l'exanthème qui disparut au bout de deux mois, après un traitement antisyphilitique. Le lichen syphilitique ne laissa, après une légère desquamation, que des taches brunes dont la disparition fut très lente. Le lupus ne subit aucun changement, pas plus que la lésion pulmonaire.

Au microscope, l'examen des papules excisées fit reconnaître une infiltration abondante de petites cellules, surtout au voisinage des follicules pileux, avec cellules géantes. L'inoculation aux animaux donna un résultat négatif.

[Pour éviter les confusions, il serait, croyons-nous, préférable de désigner l'éruption papuleuse décrite ci-dessus sous le nom de syphilide à petites papules. — A. D.] A. Doyon.

Syphilis du sinus maxillaire.

Diagnostic de la sinusite maxillaire avec la syphilis gommeuse du sinus, par Lubet-Barbon et Furet. *Presse médicale*, 11 juillet 1900, p. 15.

Les deux affections ont des signes communs : suppuration, fétidité, unilatéralité, absence de transparence par l'éclairage endo-buccal. Mais dans la sinusite la suppuration est bien liée, abondante, se reproduit au fur et à mesure de son écoulement au dehors ; seulement, comme l'écoulement du pus ne se fait que par trop-plein, il séjourne dans la cavité, y subit des fermentations spéciales et acquiert sa fétidité spéciale, les malades mouchent beaucoup et quelquefois par décharge, suivant l'accumulation de pus dans le nez ; dans la syphilis la suppuration est moins copieuse, s'écoule constamment mais en petite quantité, le pus se concrète dans des cavités résultant de la destruction des tissus et est mouché sous la forme de blocs caséeux formant quelquefois des masses très volumineuses. La fétidité est surtout perçue par le malade dans la sinusite et par son entourage dans la syphilis. La douleur est rare dans la sinusite, et jamais elle n'est extrêmement vive, tout au moins dans la sinusite chronique ; dans la syphilis, la douleur provoquée ou spontanée est la règle, elle est surtout réveillée par la pression au niveau des os propres du nez ; elle est parfois très vive spontanément, surtout la nuit et s'accompagne, sinon d'un gonflement marqué, au moins d'un empâtement dans les parties externes

du nez ; ce gonflement est plus sensible encore à l'intérieur de la fosse nasale, d'où l'obstruction de celle-ci. G. T.

Syphilis du système nerveux.

Syphilis cérébrale précoce (Sopra un caso di sifilide cerebrale precoce), par L. Magri. *La Clinica medica italiana*, mai 1901, p. 289.

Homme de 20 ans, d'une bonne santé habituelle, non alcoolique, atteint de chancre syphilitique du gland dans les derniers jours de juin 1900, puis d'adénopathies multiples, de douleurs rhumatoïdes dans tous les membres ; reçoit, du 24 septembre au 24 octobre, 13 injections de sublimé ; dans les derniers jours de décembre, réapparition des douleurs plus persistantes et plus intenses, amélioration après la reprise du traitement ; dans la 1re moitié de décembre, céphalalgie, vertiges répétés, troubles visuels ; le 28 décembre, ou constate une irido-choroïdite double et une paralysie faciale droite, bourdonnements auriculaires et affaiblissement de l'ouïe, surtout à droite, céphalalgie profonde sans localisation précise, avec exacerbations vespérales, vertiges permanents, pas de troubles intellectuels, pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité des membres, gêne de la marche, due surtout à l'état vertigineux, signe de Romberg, réflexes rotuliens normaux, pas de phénomènes convulsifs. Le malade sort complètement guéri le 15 mars 1901. G. T.

Sclérose disséminée de la moelle due à la syphilis (Di un caso di sclerosi disseminata del midollo spinale da sifilide), par Bernardelli. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 4, p. 403.

Homme de 49 ans, ayant eu la syphilis en 1897 ; en septembre 1899, douleurs musculaires et osseuses qui font diagnostiquer une myélite syphilitique diffuse, puis faiblesse progressive aboutissant à la paralysie complète, diminution de la vue ; eschares nombreuses et mort trois mois après.

A l'autopsie, la pie-mère rachidienne est normale, petites adhérences à la partie supérieure entre l'arachnoïde et la dure-mère ; racines rachidiennes d'aspect normal ; dans la moelle, 5 plaques ; la plus grande vers la partie moyenne de la portion dorsale, occupant les cordons antérieurs, et mesurant 2 centimètres de long sur 6 à 7 millimètres de large vers sa partie moyenne, 3 autres dans la moelle dorsale occupant soit les cordons postérieurs, soit les cordons antérieurs, variant en longueur de 8 millimètres à 1 centimètre ; une petite plaque occupe le pont de Varole au niveau du pédoncule cérébelleux gauche et mesure environ 4 millimètres ; toutes ces plaques ont une coloration blanc grisâtre et sont entourées d'une mince ligne rouge.

A l'examen microscopique, on trouve dans la moelle des lésions vasculaires diffuses qui sont plus ou moins manifestes dans la pie-mère et qui consistent en périartérite et artérite proprement dite, constituées par une infiltration de leucocytes mononucléaires, à gros noyau fortement coloré ; ces altérations sont distribuées sans aucune règle. Les plaques, qui occupent de préférence la substance blanche, renferment un grand nombre de vaisseaux sanguins dont une bonne partie sont de nouvelle formation et sont pour la plupart de petites dimensions ; en outre, il y a augmentation des noyaux de la névroglie, et diminution du nombre des fibres ner-

veuses, lésions qui augmentent rapidement d'intensité en se rapprochant de la partie centrale de la plaque; au centre de la plaque, le tissu interposé aux vaisseaux renferme de nombreux noyaux disposés uniformément et est constitué non par des fibrilles très fines comme celles qu'on voit ordinairement dans les plaques de sclérose typique, mais est formé en grande partie de grosses fibres ondulées, anguleuses qui par le Gieson restent rouges et ont tout l'aspect des fibres du tissu connectif d'origine vasculaire; les noyaux de la névroglie sont augmentés, mais on ne parvient pas à voir les corps cellulaires; dans le territoire des plaques, les fibres nerveuses sont très rares et celles qu'on trouve ont conservé leur gaine médullaire et leur cylindraxe; au niveau des plaques, la pie-mère présente une altération vasculaire et une infiltration de petites cellules plus développées que sur les autres points; les cellules des cornes antérieures, dans les points envahis par les plaques, perdent leurs prolongements, deviennent globuleuses, tendent à s'atrophier; on trouve des lésions de dégénérescence secondaire correspondant aux plaques. G. T.

Sur l'état atrophique de la moelle épinière dans la syphilis spinale chronique, par Long et Wiki. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mars 1901, p. 105.

Paralysie spinale à marche lente et progressive, survenue chez un sujet ayant contracté la syphilis 38 ans auparavant; pendant les trois premiers mois de la maladie, état de lourdeur et de raideur des membres inférieurs ; au 4e mois, apparition de troubles sphinctériens et aggravation de l'état paréto-spasmodique, troubles de la sensibilité ; à la fin de la première année, amélioration passagère sous l'influence d'un traitement énergique, puis rechute, paraplégie complète 14 mois après le début de la maladie ; mort par infection urinaire. A l'autopsie, on constate une diminution de volume de la moelle dans le sens antéro-postérieur des deux tiers supérieurs de la région dorsale ; à l'examen microscopique, on relève des lésions vasculaires et périvasculaires diffuses et en grande majorité intra-médullaires, la pie-mère et ses vaisseaux étant presque indemnes, et des lésions scléreuses en foyers multiples, ne prenant pas l'aspect de la myélite transverse, et qui constituent le point de départ de dégénérescences secondaires systématisées.

Les lésions en foyer n'expliquent pas à elles seules la diminution de volume de la moelle, qui n'est pas due non plus à la compression par les méninges puisque celles-ci sont à peu de chose près normales ; il ne reste comme cause possible que les lésions vasculaires, dont la distribution avec maximum aux deux tiers supérieurs de la région dorsale est parallèle à celle de l'état dystrophique de la moelle. G. T.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la myélite syphilitique, par Thomas et Hauser. *Revue neurologique*, 15 juillet 1901, p. 619.

Femme ayant contracté la syphilis à l'âge de 28 ans; début des accidents médullaires à l'âge de 51 ans par de la faiblesse des jambes, qui augmente peu à peu ; légère exagération des réflexes ; au bout de 6 mois, la malade ne peut plus bouger du lit, la sensibilité cutanée dans ses divers modes est très diminuée à partir de l'ombilic, la paraplégie revêt au plus haut degré le caractère spasmodique, avec exagération extrême

des réflexes tendineux, raideur et contracture des membres, persistance des sensations douloureuses dans les membres inférieurs, diminution extrêmement considérable de la sensibilité ; dans les derniers jours de la vie, la paralysie des membres inférieurs devient complète, mais l'état spasmodique diminue beaucoup, atrophie et amaigrissement extrêmes des membres inférieurs ; mort par pneumonie 18 mois après le début des phénomènes médullaires.

A l'autopsie, adhérence des méninges entre elles et à la moelle au niveau de la région dorsale ; à ce niveau la moelle est molle et diffluente ; sur la moelle durcie, on constate que la lésion s'étend de la 1re racine lombaire à l'extrémité inférieure de la 7e cervicale ; la pachyméningite débute au niveau de la première racine lombaire pour s'atténuer vers la 3e dorsale et disparaître complètement un peu plus haut ; sur les coupes, il y a un bouleversement tel des différentes parties de la moelle qu'il est difficile d'en faire la topographie, on ne distingue plus les cornes entre la 5e cervicale et la 10e dorsale.

A l'examen microscopique, la dure-mère est transformée en un tissu fibreux, très dense, elle renferme de nombreux vaisseaux à parois épaissies, atteints d'endo et de périvasculite : les mêmes altérations vasculaires existent dans l'arachnoïde, mais plus accentuées ; la pie-mère est également très épaissie, de même que la couche sous-pie-mérienne. En outre, il existe des altérations primitives de la moelle caractérisées par une irritation intense des éléments parenchymateux, par leur prolifération, mais il n'y a pas de prolifération névroglique fibrillaire ou nucléaire ; la disparition d'un assez grand nombre de cellules nerveuses démontre que ce processus a été non seulement irritatif mais destructif.

Ce fait montre que, contrairement à l'opinion commune, il y a lieu de faire une place à l'irritation primitive des éléments parenchymateux, à côté des altérations secondaires que peuvent produire les troubles de la circulation et l'inflammation des méninges. G. T.

Syphilis et tabes.

Quelques remarques sur la syphilis précédant le tabes, par P. Heiberg. *Revue neurologique,* 15 janvier 1900, p. 15.

H., voulant vérifier l'hypothèse d'après laquelle certaines syphilis « à virus nerveux » attaqueraient spécialement le système nerveux, a fait comparativement une analyse clinique détaillée de 9 cas de syphilis suivie de tabes et de 9 autres cas de syphilis non suivie de tabes. Il n'a pas trouvé de différences appréciables entre les 2 séries, tant au point de vue des manifestations de la syphilis et de leurs formes qu'au point de vue de la durée et de l'intensité du traitement. G. T.

Syphilis et paralysie générale.

A quel âge s'acquiert le plus souvent la syphilis et à quel âge éclate le plus souvent la paralysie générale? par Hansen et Heiberg. *Revue neurologique,* 15 juin 1900, p. 496.

H. et H. font remarquer que, à l'exception de Jespersen, les auteurs n'ont pas fait valoir, à l'appui de l'origine syphilitique de la paralysie

générale, la relation entre la courbe indiquant l'âge où se contracte la syphilis et celle indiquant l'âge où débute la paralysie générale.

Ils ont, pour établir l'âge où on contracte de la syphilis, donnée sur laquelle ils n'ont pas trouvé de renseignements dans les auteurs, dépouillé les observations de 1,000 hommes traités pour une première éruption syphilitique à l'Hôpital communal de Copenhague, de 1890 à 1897. Du tableau qu'ils ont dressé, il résulte que, entre 22 et 31 ans, débutent 57 p. 100 des cas de syphilis, alors que d'après la statistique de Jespersen 54 p. 100 des paralytiques généraux entrent à l'asile de 35 à 44 ans : il y a donc en Danemark un intervalle moyen de 12 ans et demi entre l'acquisition de la syphilis et l'entrée à l'hôpital pour paralysie générale.

Si on compare le tableau de Gudden sur l'âge des paralytiques avec la courbe des syphilitiques, on trouve une ressemblance entre les deux séries de nombres, qui ont une montée rapide et un déclin plus lent, mais la courbe de la paralysie générale monte plus doucement, ce qui tient à l'existence de cas survenant peu d'années après la syphilis. Entre les points culminants il y a un intervalle de 15 à 18 ans (de la 22e à la 40e année à peu près). Heiberg a montré qu'il y avait eu un maximum de décès par paralysie générale à l'hospice d'aliénés de Copenhague 15 ans après une épidémie syphilitique dans cette ville. G. T.

Accidents tertiaires et paralysie générale, par BUVAT. *Journal de médecine de Paris*, 2 décembre 1900, p. 521.

Deux cas de lésions tertiaires (ulcération gommeuse de la partie antérieure de la jambe, guérison en 3 semaines sous l'influence du traitement ioduré), chez des paralytiques généraux, en pleine démence paralytique : le premier, âgé de 50 ans, niait tout antécédent spécifique ; le deuxième, âgé de 45 ans, n'aurait jamais eu la syphilis au dire des siens, et B., en raison de déformations des membres (genu varum, tibias en lame de sabre, incurvation à concavité interne de l'humérus) le considère comme un syphilitique héréditaire, diagnostic qui paraît fort douteux. G. T.

Infections associées à la syphilis.

Syphilis et tuberculose ; influence spéciale de la syphilis sur certaines formes de la tuberculose (Scrofulo-tuberculose), par PATOIR. *Presse médicale*, 16 janvier 1901, p. 25.

P. rapporte 2 observations qui peuvent se résumer ainsi :

I. — Enfant de 22 mois, hérédo-syphilitique, gommes multiples de la peau, ostéite et périostite gommeuses du tibia, du cubitus, du temporal, cachexie ; amélioration rapide par le traitement antisyphilitique, puis au bout de 4 mois, changement d'aspect du foyer de la malléole qui prend l'apparence des lésions tuberculeuses, augmentation de volume des ganglions qui précédemment avaient rétrocédé, inefficacité du traitement spécifique, inoculation positive au cobaye de tissus provenant des foyers.

II. — Fille publique de 17 ans, ayant le type lymphatique très accentué ; en novembre 1897, chancre de la vulve ; à la fin de décembre, poussée d'adénopathie généralisée et aiguë accompagnant la roséole, fièvre intense ; les ganglions maxillaires deviennent fluctuants et nécessitent le curettage : sans bronchite ; cachexie ; mort le 24 mars. A l'autopsie les gan-

glions bronchiques sont caséeux, congestion et œdème pulmonaires.

P. insiste sur cette forme de tuberculisation ganglionnaire développée sur des adénopathies syphilitiques servant de point d'appel à la tuberculose et fait observer que, dans l'étude de l'influence de la syphilis et de la tuberculose, il faut distinguer les diverses formes de tuberculose qui ne réagissent pas de la même façon sous l'influence de la syphilis. G. T.

Syphilis et bacille fusiforme, par Vincent. *Presse médicale*, 1er juin 1901, p. 257.

V. a recherché, dans 2 cas de syphilides ulcéreuses diphtéroïdes du pharynx et dans 7 cas de plaques muqueuses de la bouche et du pharynx, le bacille fusiforme qu'il a décrit dans une espèce spéciale d'angine à forme tantôt diphtéroïde, tantôt ulcéro-membraneuse; il a rencontré dans ces lésions des microorganismes divers, staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, bacille pseudo-diphtérique, bacillus subtilis, bacille coliforme, levures, mais jamais le bacille fusiforme.

On peut néanmoins voir le bacille fusiforme dans des cas authentiques de syphilis à toutes les périodes (Athanasiu, Escat, Letulle, Niclot et Marotte), et ces faits sont trop fréquents pour que la coïncidence puisse être jugée banale : elle est d'autant moins étonnante que le bacille fusiforme et la spirille qui l'accompagne ordinairement existent très souvent dans la bouche de sujets sains; mais, lorsqu'il existe des lésions syphilitiques, les deux microbes n'ont pas l'abondance extraordinaire qu'ils ont dans l'angine : leur nombre a donc déjà une grande importance diagnostique; de plus, l'angine qu'ils provoquent guérit rapidement par les applications de teinture d'iode. En outre, l'enduit du chancre diphtéroïde est grisâtre, très cohérent, le chancre est dur, s'accompagne d'adénopathies atteignant toute la chaîne ganglionnaire cervicale, tandis que dans l'angine à bacille fusiforme la fausse membrane est molle, friable, facile à dissocier, les ganglions sous-maxillaires sont seuls pris et sont douloureux au toucher, la fétidité disparaît rapidement par le traitement; dans les plaques muqueuses diphtéroïdes, l'enduit est très adhérent, d'aspect porcelainique ou grisâtre, jaunâtre, parfois noirâtre. G. T.

Un cas d'angine de Vincent évoluant au cours d'une syphilis primaire; difficultés du diagnostic différentiel, par F. Baudouin. *La Touraine médicale*, 15 juillet 1901, p. 42.

Homme de 19 ans; douleurs de l'oreille et surtout de la gorge; sur l'amygdale gauche, vaste ulcération de forme générale ovalaire, à bords taillés à pic, très profonde, tapissée d'un enduit pultacé grisâtre, se détachant facilement, recouvrant des bourgeons charnus saignant facilement; amygdale et partie gauche du voile du palais enflammées; pas de fétidité de l'haleine; ganglions sous-maxillaires légèrement hypertrophiés, durs, peu douloureux, pas de ganglions cervicaux, seulement un petit ganglion derrière la branche montante du maxillaire. La douleur de gorge remonte à 20 jours et s'est produite 20 jours après le début d'un chancre induré de la nuque. A l'examen microscopique, on ne trouve d'autres microorganismes que le bacille fusiforme de Vincent et la spirille qui l'accompagne constamment. Guérison rapide des lésions pharyngées par les attouchements à la teinture d'iode sans traitement antisyphilitique. G. T.

Syphilis héréditaire.

Diabète hérédo-syphilitique, par Lemonnier. *Archives de médecine des enfants*, mars 1901, p. 162.

Fille de 7 ans et demi, née cinq ans après la syphilis de son père qui avait été peu soignée et après 2 fausses couches (l'une de 2 mois, l'autre de 6 mois) de sa mère, qui n'a jamais eu d'accidents syphilitiques; à l'âge de 3 semaines, coryza, fissures aux commissures labiales, plaques sur les lèvres, à l'anus et aux fesses; l'enfant fut traitée pendant la première année par les frictions mercurielles. Sans avoir eu d'autre manifestation syphilitique, elle a maigri vers l'âge de 7 ans, 3 mois avant l'examen, a le teint terreux, la peau sèche, polydipsie (5 litres par jour), polyurie, glycosurie, foie très volumineux; traitement : frictions mercurielles, 1 gramme puis 1 gr. 50 d'iodure de potassium; au bout de 2 mois, le foie a un peu diminué de volume, l'urine s'est abaissée à 2 litres ou 2 litres et demi, soif moindre, teint et appétit meilleurs; 2 mois plus tard, la polyurie et la glycosurie ont cessé; la guérison se maintenait encore 13 mois plus tard. G. T.

Syphilis à la 2e génération (Contributo allo studio della sifilide della seconda generazione), par R. Bovero et V. Rossi. *L'Unione medica italiana*, 1900.

Mari atteint de syphilis maligne aggravée vraisemblablement par l'acool et le tabac, mort à 70 ans d'ulcération de la bouche de nature inconnue, femme morte à 45 ans de maladie inconnue; il n'est pas possible d'établir si elle a présenté des manifestations syphilitiques; 9 grossesses, les 7 premières terminées par des fausses couches, puis des accouchements prématurés, la naissance à terme d'enfants morts en naissant ou peu de jours après leur naissance, la 8e par la naissance d'une fille encore vivante, la 9e par la naissance d'un fils encore vivant.

La fille (1re génération) a eu du retard de son développement physique et intellectuel, de sa dentition et n'a été réglée qu'à 18 ans; accès épileptiformes très fréquents à cet âge; mariée à 26 ans, a eu (2e génération) 5 grossesses terminées la 1re par un avortement à 3 mois, la 2e par un avortement à 5 mois, la 3e par la naissance à terme d'un enfant encore vivant, la 4e par un avortement à 4 mois, la 5e par la naissance d'un enfant encore vivant.

Le fils (1re génération) a un crâne très développé, des dystrophies dentaires, son corps est mal développé; marié à 23 ans à une femme très saine, bien développée, qui a eu (2e génération) en 6 ans 9 grossesses terminées par des avortements de 2 à 3 mois, malgré un traitement anti-syphilitique suivi par le mari après la 8e grossesse. G. T.

Traitement de la syphilis.

Traitement de la syphilis par ingestion mercurielle, par Brocq. *Presse médicale*, 10 avril 1901, p. 166.

Les injections sous-cutanées et intra-musculaires et les frictions ont fait tomber en défaveur la méthode gastrique du traitement mercuriel; on a de plus reproché aux pilules d'être moins sûres dans leur action, et d'irriter la muqueuse des voies digestives au moment de leur dissolution.

B. fait remarquer que les pilules ne constituent pas toute la méthode gastrique.

Revenant aux préceptes des anciens syphiligraphes, il a eu recours aux solutions mercurielles, qu'il donne soit à doses massives en faisant prendre la dose quotidienne en une ou deux fois, soit à doses fractionnées, en 4 ou 6 fois dans la journée, ce qui constitue réellement sa pratique personnelle et ce qui lui a semblé de beaucoup le plus efficace.

Les composés mercuriaux sont rarement irritants quand on les administre dilués dans une assez grande quantité de liquide, de préférence du lait ou de l'eau de Vichy; ils combattent même la constipation et, s'ils provoquent de la diarrhée, on la combat facilement au moyen de l'élixir parégorique.

Le dégoût éprouvé par les malades est quelquefois presque insurmontable; cependant on en vient à bout en faisant prendre la solution dans du lait additionné d'un parfum quelconque, par exemple l'essence d'anis, ou dans un sirop.

L'écueil principal de la méthode est son incommodité, qui est très réelle en ville chez des malades occupés, auxquels on ne peut demander de se traiter en public ; on peut la pallier en faisant porter au malade sa dose quotidienne dans une petite bouteille ou en lui donnant de petites pastilles ou dragées solubles, qu'il suffit de mettre dans l'eau pour avoir une solution.

Les avantages de la méthode sont : sa précision presque aussi grande qu'avec les injections, la réduction au minimum de l'action irritante locale, la possibilité pour le malade de faire son traitement seul et sans dangers, sans recourir au médecin, l'efficacité du traitement, surtout si on emploie les doses fractionnées ; B. a vu disparaître des syphilides qui résistaient à des doses plus élevées de sublimé administré en pilules; l'action des composés solubles donnés à doses fractionnées est presque analogue à celle des injections de composés insolubles, huile grise au calomel; B. ne les a vus échouer que dans certains cas de syphilides psoriasiformes palmaires et plantaires et dans des cas encore plus rares de syphilomes scléreux en nappe de la cavité buccale, accidents contre lesquels rien ne vaut les injections de calomel; en employant sa méthode, B. n'est obligé de recourir aux frictions et aux injections intra-musculaires pour cause d'intolérance gastro-intestinale, ou d'insuffisance de l'action thérapeutique, que dans un cas sur 10 environ. G. T.

Sur la prétendue volatilité du calomel à la température normale du corps humain (Sulla pretesa volatilita del cloruro mercuroso alla temperatura normale del corpo umano), par SIMONELLI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 6, p. 678.

S. a constaté que le calomel chimiquement pur, à la température de 37°, n'émet pas de vapeurs lorsqu'il est tenu à l'abri de l'action de la lumière et du contact des matières organiques ; il en est de même à 50° ; à 100°, il y a une légère évaporation se traduisant par une diminution de poids du calomel mis en expérience. S. pense que les résultats contraires obtenus par Piccardi tiennent à ce que cet auteur a employé pour ses recherches du calomel impur; en effet, S. en se servant pour ses expériences du calomel du commerce a obtenu, sur le chlorure d'or, la réaction du mercure. G. T.

Les frictions au calomel (Sulle frizioni di calomelano), par R. Bovero. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 4, p. 409.

B. a constaté qu'au contact de l'épiderme, soit des squames psoriasiques, soit plus constamment de l'épiderme vivant sur lequel on fait une friction, le calomel en pommade subit des modifications, réduction partielle en mercure métallique qu'on volatilise et production de sublimé qui est soluble : les préparations de calomel peuvent donc servir au traitement de la syphilis par la méthode des frictions. G. T.

Traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles à air chaud (La cura della sifilide colle fumigazioni mercuriali ad aria calda; metodo Campailla), par G. Melazza. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 1, p. 35.

M. a poursuivi, sur le traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles chaudes dans l'appareil inventé à la fin du XVIIe siècle par Campailla, des recherches d'où il conclut que cette méthode donne, dans le traitement des manifestations syphilitiques à toutes les périodes, des effets plus immédiats, plus rapides et plus constants que toutes les autres méthodes de traitement intensif; elle a sur la méthode des injections sous-cutanées et sur les frictions l'avantage de ne pas provoquer de douleurs et d'être propre ; elle provoque pendant plusieurs mois un silence complet des manifestations qui équivaut à une véritable guérison; elle est particulièrement indiquée chez les femmes enceintes. Quand on se borne, suivant la formule de Campailla, à une série de 10 ou 12 séances de fumigations, on n'est pas à l'abri des récidives, de même qu'avec tous les traitements insuffisamment prolongés. G. T.

L'orthoforme comme analgésique dans les injections de calomel (L'ortoformio : suo valore come analgesico nell' injezione di calomelano), par Sprecher. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, fasc. 5, p. 544.

Sur 41 malades ayant reçu des injections de calomel additionnées d'orthoforme, 8 (2 hommes et 6 femmes) ont déclaré que l'injection avec orthoforme est beaucoup moins douloureuse que sans orthoforme, la douleur disparaissant entre le 2e et le 3e jour qui suit l'injection; la réaction locale est à peu près égale dans les 2 cas; un des malades de cette série a éprouvé à la suite d'une injection avec orthoforme des frissons, de la céphalée, du malaise générale, de l'hyperthermie (38°, 39°,4) ayant son maximum 10 heures après l'injection. 29 malades (14 hommes et 15 femmes) ne pouvaient distinguer les injections avec orthoforme de celles sans orthoforme, l'intensité et la durée de la douleur étant presque égale dans les deux cas; 2 malades de cette catégorie ont présenté des accidents semblables à ceux décrits ci-dessus. 4 malades (1 homme et 3 femmes) ont déclaré que les deux espèces d'injections étaient également douloureuses et les 7 ou 8e premiers jours, et que, passée cette période, la douleur de l'injection de calomel seul allait rapidement en diminuant et en disparaissant, tandis que l'injection avec orthoforme augmentait d'intensité de jour en jour et en moins d'une semaine provoquait un abcès.

S. conclut que l'adjonction d'orthoforme aux injections de calomel n'est utile que dans un nombre restreint de cas, et qu'elle n'est pas du tout exempte d'inconvénients. G. T.

Observations cliniques de la valeur curative de l'iodipin (Klinische Beobachtungen ueber den Heilwert des Iodipins), par R. Fischel. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIII, p. 49.

F. a employé à l'intérieur l'iodipin à 25 p. 100, ce qui n'avait pas encore été fait jusqu'à présent. Il donne en dix à douze jours, en deux doses par jour, 50 grammes de cette solution, ce qui fait chaque jour 2 gr. 5 d'io dipin contenant une quantité d'iode correspondant environ à 3 grammes d'iodure de potassium.

Dans tous les cas on ne fit aucune application locale de préparations iodées.

Dans plusieurs cas de syphilis gommeuse traitée par l'iodipin à l'intérieur, on fut obligé, par l'absence d'action, de recourir à l'emploi de préparations mercurielles.

L'examen de l'urine montra qu'au bout de quatre jours, la plus grande quantité de l'iode était éliminée.

Les injections sous-cutanées d'iodipin dans 4 cas de syphilis tertiaire eurent une influence favorable sur les processus ulcéreux ; dans 2 cas de lupus, il n'a pas donné de résultats.

Dans aucun cas on n'a observé d'iodisme, mais les malades ont tous bien toléré l'iodure de potassium qui avait été donné auparavant ou après.

Il faut recommander l'emploi sous-cutané de l'iodipin chez tous les malades qui prennent irrégulièrement l'iodure de potassium ou chez lesquels il n'est pas possible de l'administrer par la bouche. A. Doyon.

Traitement local de la syphilis ulcéreuse (Beitrag zur öztlichen Behandlung der Syphilis ulcerosa), par J. Muller. *Therapeutische Monatshefte*, 1900, p. 480.

Contre les ulcérations gommeuses, M. recommande le mode de traitement suivant : le matin, un bain à 28° du Kochbrunnen (le Kochbrunnen est une source de Wiesbaden qui renferme 7 p. 1,000 de chlorure de sodium) qu'on porte graduellement à 31°, de 20 à 40 minutes de durée. L'après-midi, irrigation avec une solution (à 40°) de permanganate de potasse de 1 p. 1,000 à 1 p. 500. Dans l'intervalle, pansement soit avec le nitrate d'argent, soit avec une pommade contenant du baume du Pérou, ou encore avec des compresses imbibées d'eau boriquée.

Par ce procédé on obtient une action chimique, calorique et mécanique. Les bains chauds ont une influence salutaire dans ces affections rebelles. Outre leur action excitante locale, ils agissent favorablement sur la nutrition, la circulation et le système nerveux. Les résultats des bains et des irrigations, etc., ont été très satisfaisants. Déjà après les premiers jours les ulcères commencent à se déterger, les bords s'affaissent lentement, de nouvelles granulations surgissent et la cicatrisation suit une marche constamment progressive. S'il existe des granulations vigoureuses et de bonne nature, on espace peu à peu les irrigations, plus la guérison progresse et plus on les éloigne, tandis qu'on continue les bains. A. Doyon.

Essais de sérothérapie de la syphilis (Tentativi di sieroterapia della sifilide), par Piccardi. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 1, p. 21.

P. pense que l'immunité de la mère, exprimée par la loi de Colles, pouvait s'expliquer par la présence dans son sang de substances immunisantes traversant le placenta intact. Partant de cette conception, il a injecté

à des syphilitiques secondaires la sérosité du sang d'une femme qui n'avait jamais eu aucune manifestation syphilitique, mais dont le mari était syphilitique et qui était accouchée depuis trois mois d'un enfant manifestement syphilitique. Quatre malades reçurent de 15 à 20 injections de ce sérum à la dose de 1, puis de 5 et enfin de 10 centimètres cubes, soit de 85 centimètres cubes chez 3 malades et 100 chez le quatrième, dont le traitement fut commencé 15 jours après l'apparition du chancre. Ces injections ne provoquèrent aucune réaction ni locale, ni générale. Elles n'ont produit aucun résultat, à part quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation des phénomènes subjectifs, et n'ont modifié en rien l'aspect et la gravité des manifestations cutanées, et n'ont pas empêché leur transformation pustuleuse

P. conclut de ces résultats négatifs que l'immunité de la mère d'un fœtus syphilitique ne provient pas des propriétés de son sérum, mais que sa cause doit être recherchée dans d'autres tissus de l'organisme. G. T.

Accidents causés par le traitement mercuriel.

Altérations anatomiques des reins produites par le mercure administré à doses thérapeutiques (Sulle alterazioni anatomiche renali in seguito a dosi terapeutiche di mercurio), par Gravagna. *Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle*, 1899, fasc. 5, p. 503.

G. a examiné les urines de 60 syphilitiques soumis à des traitements mercuriels (pilules de protoiodure, injections de sublimé ou de calomel), il n'y a trouvé dans aucun cas d'albumine. Il a fait à 54 lapins des injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sublimé, des injections sous-cutanées de calomel, de benzoate de mercure, et de sozo-iodolate de mercure, et chez aucun n'a trouvé dans les reins ni les dépôts calcaires qu'on rencontre dans les empoisonnements mercuriels aigus ou chroniques chez l'homme ou chez les animaux, ni la nécrose des tubes droits et contournés décrite par Kauffmann, ni la présence de cylindres hyalins dans les canalicules; chez quelques animaux, il a constaté la dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithélium des canalicules ou quelque autre altération légère, mais chez ces animaux la dose du médicament injecté avait été assez élevée.

G. conclut de ces recherches qu'on peut éliminer l'influence du mercure sur les reins lorsqu'il est admistré à doses thérapeutiques, et que, chez les syphilitiques chez lesquels on ne peut admettre l'intervention d'autres facteurs, l'albuminurie doit être attribuée à l'influence du processus syphilitique sur le rein. G. T.

Intoxication mercurielle aiguë. Paralysie hystéro-mercurielle, par Patoir. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 4 octobre 1900, p. 937.

Femme de 21 ans, ayant reçu pour des accidents syphilitiques 8 injections journalières de 1 centigramme de benzoate de mercure et ayant eu dès la 5e ou 6e injection des phénomènes de stomatite; puis éruption cutanée qui se généralise à la suite d'un bain sulfureux et se traduit par un érythème scarlatiniforme généralisé surtout marqué aux avant-bras, aux mains et aux plis de flexion; stomatite avec exulcérations, salivation, exulcérations sur la muqueuse vulvaire et vaginale. Un mois plus tard,

paralysie presque complète des mains, des avant-bras et des bras, développée dans l'espace de quelques jours, léger tremblement des mains; au repos, la main est tombante sur l'avant-bras, les doigts demi-fléchis ; un certain degré de parésie des membres inférieurs, démarche titubante, la malade steppe, atrophie musculaire des membres supérieurs; pas de réaction de dégénérescence, tous les réflexes tendineux un peu exagérés, surtout le rotulien ; anesthésie tactile complète et totale, sauf la face palmaire et plantaire où il y a plutôt hyperesthésie; analgésie et thermo-anesthésie dans les mêmes régions; rétrécissement considérable du champ visuel des deux côtés. Disparition complète, dans l'espace d'un mois, des troubles moteurs et sensitifs à l'exception seulement de l'anesthésie tactile qui persiste. G. T.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Immunité des animaux pour la blennorrhagie.

Immunité des animaux pour la blennorrhagie (Sulla immunità degli animali per la blenorragia), par Gonzales. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1900, fasc. 6, p. 661.

G. a essayé sans succès de provoquer la blennorrhagie chez des chiens et des lapins auxquels il avait irrité l'urèthre par le sublimé ou par l'ammoniaque, ou auxquels il avait pratiqué des scarifications et des raclages répétés de la muqueuse, ou encore auxquels il avait pratiqué des émissions sanguines dont l'abondance allait jusqu'à la limite compatible avec l'existence, enfin qu'il avait soumis au refroidissement, à l'humidité, à la faim, à l'immobilisation. Ses expériences ont surtout porté sur des chiens dont il abaissait la température de 39°,5 à 37° par l'immersion de leurs extrémités dans un récipient contenant de l'eau froide constamment renouvelée et sur des cobayes dont il abaissait, au moyen de l'antifébrine, la température de 39°,5 à 36°,6, température optima pour la culture du gonocoque.

Il conclut donc que la température des animaux ne semble pas être la cause de leur immunité par le gonocoque. G. T.

Stomatite blennorrhagique.

Stomatite blennorrhagique (Un caso di stomatite gonococcica), par P. Colombini. *Riforma medica,* 1900, nos 87, 88, 89.

Prostituée de bas étage, âgée de 42 ans, ayant de fréquents rapports *ab ore* et ne prenant aucun soin de propreté ; vient consulter pour une stomatite très douloureuse, ayant débuté par une sensation de sécheresse et de chaleur, et donnant lieu à une sécrétion purulente filamenteuse, à une salivation très abondante, à une fétidité particulièrement répugnante et très considérable de l'haleine, et s'accompagnant de fièvre. Tuméfaction notable de la langue occupant surtout les deux tiers antérieurs avec rougeur générale ; impression des dents ; rougeur diffuse et uniforme avec tuméfaction de toute la muqueuse buccale ; gencives très tuméfiées, saignant facilement ; sur la langue, les joues et les gencives, taches plus ou moins régulièrement arrondies, dépassant le volume d'un

pois, à contours polycycliques sur les joues, légèrement saillantes, de coloration blanc grisâtre, entourées d'une bordure rouge vif ; ces taches étaient constituées non par un exsudat, mais par une imbibition purulente superficielle de la muqueuse, une infiltration limitée aux couches épithéliales ; sur la muqueuse des joues, simples érosions superficielles, de forme irrégulière, consécutives à la chute de cette exsudation ; ganglions lymphatiques sous-maxillaires légèrement tuméfiés et douloureux. L'examen microscopique des taches de la muqueuse buccale y démontre la présence d'un très grand nombre de gonocoques. Guérison complète en 8 jours à la suite de badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 0,50 p. 100 et de lavages répétés avec la solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000. G. T.

Épididymite blennorrhagique.

Épididymite blennorrhagique suppurée et virulence des gonocoques (Un caso di epididimite blenorragica suppurata, con alcune considerazioni sulla virulenza dei gonococchi), par Pizzini. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 4, p. 392.

Homme de 27 ans, d'une bonne santé habituelle, atteint de blennorrhagie peu intense ; sur la fin de la 2e semaine, légère strangurie ; à la fin de la 3e semaine, injections de permanganate de potasse limitées à l'urèthre antérieur ; 4 jours après apparut une tuméfaction douloureuse de l'épididyme gauche avec fièvre et malaise général ; par le traitement émollient, ces phénomènes diminuèrent d'abord, puis ils augmentèrent ; à ce moment, il y avait une sécrétion uréthrale blanc jaunâtre, peu abondante, dans laquelle on trouva des gonocoques, sans aucun microbe prenant le Gram. L'épididyme présentant une tuméfaction fluctuante à sa partie postéro-inférieure, avec intégrité du testicule et la température s'élevant à 38°,2 le soir, on ouvrit l'abcès d'où il s'écoula du pus jaune verdâtre, épais, crémeux ; cicatrisation rapide. L'examen microscopique du pus de l'épididyme ne montra que des gonocoques ; les cultures sur différents milieux restèrent stériles ; la culture sur agar recouvert de sang frais fournit des colonies types de gonocoques dont l'inoculation dans la plèvre du lapin provoqua le développement de pleurésies à exsudat séro-fibrineux donnant par la culture des diplocoques non colorables au Gram.

De la critique des travaux récents, P. conclut que l'épididymite blennorrhagique est due à l'action pathogène locale et directe du gonocoque et que la suppuration est l'indice d'une infection plus virulente, soit en raison d'une prédisposition spéciale de l'individu, soit en raison de l'intervention de causes occasionnelles spéciales, soit en raison de la plus grande virulence du microcoque lui-même. G. T.

Complications générales de la blennorrhagie.

Ostéopériostose hypertrophiante blennorrhagique de la diaphyse fémorale, par E. Hirtz et G. Delamare. *Presse médicale*, 26 décembre 1900, p. 407.

Femme de 19 ans, prise, sans cause de fatigue, de douleurs violentes

dans les cous-de-pied, les genoux, les poignets, les articulations temporo-maxillaires, T. 38°. Blennorrhagie remontant à plus de 8 mois. Au bout de 12 jours, toutes les arthralgies ont disparu, à l'exception de celle du genou droit qui reste horriblement douloureux, très tuméfié, rouge, chaud; cette arthropathie ne cède qu'à l'immobilisation prolongée et laisse une atrophie des muscles de la cuisse. Au bout de 3 mois, l'hydarthrose du genou a disparu; la cuisse droite semble avoir conservé son volume normal malgré l'atrophie musculaire, ce qui tient à ce que le fémur dans ses deux tiers inférieurs a plus que doublé de volume; cette tuméfaction ovoïde, très dure, régulière, fait corps avec l'os, elle est absolument indolore. Les plateaux du tibia sont également hypertrophiés. L'hyperostose persiste au bout de 4 mois, sans modification, malgré le repos, le massage et le traitement ioduré intensif. G. T.

Deux cas de polynévrite chez deux blennorrhagiques, par F. Raymond et R. Cestan. *Revue neurologique*, 28 février 1901, p. 171.

I. — Homme de 30 ans, ayant contracté à 21 ans la syphilis et la blennorrhagie; vers la fin d'août 1900, nouvelle blennorrhagie, dont la période aiguë dure environ 6 semaines; une semaine plus tard, le 7 octobre, engourdissements et fourmillements dans les membres inférieurs, parésie de ces membres; au bout d'une semaine, il y avait une paraplégie complète avec hyperesthésie cutanée et profonde des membres inférieurs, parésie des muscles du tronc, impotence très accusée des membres supérieurs, mais moins intense qu'aux inférieurs, engourdissement et fourmillement des mains, hyperesthésie cutanée, paralysie des deux nerfs faciaux, pas de diplopie, pas de signes de névrite du pneumogastrique, pas de troubles intellectuels, pas de troubles sphinctériens. Un mois plus tard, tous les mouvements des membres inférieurs étaient redevenus possibles, mais la marche était très fatigante, le malade éprouvait quelques douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, ainsi que des engourdissements et des fourmillements; hyperesthésie cutanée très prononcée, sensibilité au tact, à la douleur et à la température normale des deux côtés, léger signe de Lasègue à gauche, réflexes tendineux des genoux abolis des deux côtés, ceux des tendons d'Achille très diminués des deux côtés ; atrophie générale des muscles des membres inférieurs, surtout prédominante aux mollets ; la motilité a reparu aux membres supérieurs avant les membres inférieurs, mais il y a encore à leur niveau des douleurs fulgurantes, atrophie généralisée des membres supérieurs sans localisation prédominante; immobilité de la physionomie, difficulté de siffler et de fermer les paupières ; état général satisfaisant, contractilités faradique et galvanique normales aux membres sans réaction de dégénérescence ; excitabilité faradique du facial et des muscles qu'il innerve très affaiblie ou nulle à gauche, très affaiblie à droite; excitabilité galvanique augmentée des deux côtés. La maladie évolua rapidement vers la guérison; cependant le 1er mars, il y avait encore une légère diplégie faciale, une légère parésie des jambes, les réflexes rotuliens étaient encore supprimés.

II. — Homme de 44 ans ; blennorrhagie à l'âge de 22 ans, une autre le 20 novembre 1900 avec écoulement de pus franc pendant un mois, ayant cédé au copahu ; le 28 novembre, douleurs lombaires et amaigrissement

assez prononcé, mais sans paralysie des jambes; peu à peu aggravation, douleurs dans les jambes, surtout au niveau des talons; démarche plus hésitante et plus pénible; le malade est obligé de regarder ses pieds pour marcher et a un certain degré de signe de Romberg, mais pas d'incoordination motrice, légère diminution de la force musculaire; réflexes du tendon d'Achille supprimés, réflexe rotulien tout à fait aboli à droite, à peine visible à gauche; masses musculaires du mollet et des cuisses douloureuses à la pression, signe de Lasègue des deux côtés; contractilités faradique et galvanique normales aux membres inférieurs; pas de troubles sphinctériens, pas de troubles de la motilité, de la sensibilité, ou de la réflectivité des membres supérieurs ou de la face. G. T.

Endocardite et aortite aiguës blennorrhagiques, par Brodier et Laroche. *Gazette des hôpitaux*, 22 mai 1900, p. 593.

I. — Femme de 19 ans, atteinte de blennorrhagie à la fin d'octobre; le 3 novembre, frissons, fièvre et dysphagie, pendant 4 à 5 jours; le 7 novembre, tuméfaction douloureuse du coude droit, puis des autres articulations du membre supérieur; le 18 novembre, érythème rubéoliforme disséminé sur tout le corps avec fièvre (39°); le 20 novembre, souffle systolique léger à la base du cœur; le 22 novembre, l'érythème a disparu, mais la fièvre persiste, les bruits du cœur sont un peu moins clairs, le souffle systolique a disparu, le cœur est notablement augmenté de volume, la crosse de l'aorte déborde le sternum de 1 centimètre et demi, la sous-clavière dépasse la clavicule de 1 centimètre; les articulations sont normales; le 26, le cœur et les vaisseaux ont repris leurs dimensions normales; les bruits du cœur sont toujours assourdis; le 30, congestion du tiers inférieur du poumon droit; les jours suivants, les bruits du cœur deviennent plus nets, mais le 8 décembre, le deuxième bruit aortique devient dur pour diminuer progressivement jusqu'au milieu de janvier; convalescence.

II. — Homme de 28 ans, atteint de blennorrhagie depuis 2 mois; depuis 12 jours, douleurs articulaires d'abord dans le poignet droit, puis de l'épaule droite, dans les doigts de la main gauche; le cœur est augmenté de volume, le deuxième bruit aortique légèrement assourdi, la matité aortique déborde de 22 millimètres le bord droit du sternum, la sous-clavière droite dépasse la clavicule de 2 centimètres; au bout de 2 jours, les vaisseaux ont repris leurs dimensions normales, le deuxième bruit aortique n'est plus éteint, mais est un peu dur, il reprend son caractère normal au bout de 4 jours.

Dans les 2 cas, les malades se sont bien trouvés, pour leurs manifestations cardiaques, de l'emploi du salicylate de soude à l'intérieur et d'applications de vésicatoires à la région précordiale. G. T.

Endocardite blennorrhagique (Case of gonorrheal ulcerative endocarditis with cultivation of the gonoccoccus), par Lartigau. *American Journal of the medical Sciences*, janvier 1901, p. 52.

Un homme de 20 ans entre à l'hôpital avec une blennorrhagie datant de 2 mois et un état fébrile datant de six semaines. A son entrée il a du délire avec des périodes de coma. Le pouls est à 126; il y a un fort souffle systolique à la pointe.

A l'autopsie on trouve une ulcération de la valvule mitrale avec un

caillot adhérent. Les coupes portant sur la valvule montrent de l'infiltration leucocytique et de la nécrose avec quelques gonocoques typiques. Les cultures faites avec le caillot du cœur fournissent sur le sérum sanguin des cultures de gonocoques, mais ces cultures n'ont pas pu être réensemencées. W. D.

Traitement de la blennorrhagie.

Le traitement de la blennorrhagie par l'acide picrique, par H. de Brun. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 15 juin 1901, p. 369.

Les injections d'une solution d'acide picrique à 1/200 sont souvent indolores, celles à 1/100 peuvent causer des douleurs assez vives, jamais intolérables ; faites à méat fermé, conservées pendant 3 minutes et répétées 2 à 3 fois par jour quand elles sont peu douloureuses, 1 fois quand la malade les supporte difficilement, elles produisent la guérison radicale en 4 à 5 jours dans les blennorrhagies aiguës ; dès les premières injections, l'écoulement devient presque clair, perd sa purulence, il devient quelquefois plus abondant pour diminuer et disparaître parfois dès que les injections ont été suspendues. Dans les blennorrhagies chroniques ayant résisté à tous les traitements antérieurs, on obtient parfois des guérisons rapides et définitives. G. T.

Valeur de la largine comme médicament antiblennorrhagique. (Del valore della largina come rimedio antiblenorragico), par Allgeyer. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, fasc. 5, p. 537.

Dans les uréthrites antérieures aiguës et subaiguës, les solutions de largine employées suivant la méthode préconisée par Neisser pour le protargol (injections matin et soir de 15 centimètres cubes de solution chaude, maintenue dans l'urèthre pendant 15 à 30 minutes par la compression du méat avec le doigt, solutions successivement à 1/4, 1/2 ou 1 p. 100), ont produit dans 8 cas sur 10 une notable diminution du nombre des gonocoques dès les premières injections ; leur disparition en 15 jours au maximum et la guérison clinique complète en 20 à 55 jours ; chez les 2 autres malades, les gonocoques diminuèrent de nombre, disparurent même temporairement, puis reparurent et la sécrétion resta purulente pendant toute la durée du traitement.

Dans les uréthrites totales compliquées d'épididymite, que les injections aient été faites à plusieurs reprises consécutives ou qu'on ait eu recours aux irrigations uréthro-vésicales, les résultats furent moins bons que dans le groupe précédent, et 5 malades sur 15 guérirent seuls.

Les uréthro-cystites ne guérirent que lorsqu'on adjoignit au traitement local par la largine l'administration de l'urotropine à l'intérieur dans 2 cas et à la suite d'instillations faites avec une solution de largine à 5 p. 100 dans le 3e cas.

Trois malades atteints d'uréthrite chronique n'obtinrent aucun bénéfice des irrigations avec une solution de largine.

A. déclare que la largine est encore loin d'être l'idéal de la médication antiblennorrhagique, mais qu'elle constitue un bon antigonococcique permettant de mettre en œuvre le traitement précoce qui est le plus rationnel. G. T.

Traitement rationnel de la blennorrhagie chronique par le massage (Die rationnelle Behandlung der chronischen Gonorrhoe durch Massage), par MÖHLAU. *Therapeutische Monatshefte*, 1900, p. 432.

M. décrit une méthode qu'il a employée avec succès dans 120 cas de blennorrhagie chronique. Tous les malades avaient déjà été traités auparavant d'après les procédés les plus différents ; dans quelques cas, la maladie persistait depuis un an. Pour le lavage de l'urèthre, il n'emploie que de l'eau stérilisée ; il saisit l'urèthre entre le pouce et deux doigts aussi loin que possible vers la prostate et comprime aussi fortement que le malade peut le supporter en remontant vers le méat et recommence ainsi deux à quatre fois. On ramène ainsi hors du canal une quantité appréciable de sécrétion. Il fait dans la vessie et l'urèthre une irrigation de 1 à 2 litres d'eau tiède bouillie, puis il introduit une sonde métallique de grosseur moyenne pouvant passer facilement et il renouvelle la même opération comme avant l'irrigation. Après l'enlèvement de la sonde, nouvelle irrigation avec de l'eau stérilisée. Très fréquemment, l'inflammation augmente pendant les 2 ou 3 premiers jours, mais ensuite la guérison a lieu très rapidement. Au bout de 3 semaines on ne pouvait plus au microscope constater de produits inflammatoires sauf dans 2 cas. A. DOYON.

Traitement de la blennorrhagie uréthrale par l'huile de santal (Die Behandlung der Urethroblennorrhoe mit Sandelöl), par MEYERHARDT. *Therapeutische Monatshefte*, 1900, p. 428.

M. fait tout d'abord remarquer qu'il s'agit ici d'un traitement ambulatoire. On exige du malade une grande propreté ; s'il y a une vive irritation, on prescrit des applications froides locales ; on lui donne immédiatement un suspensoir, on appelle son attention sur les règles diététiques à observer et on lui fait prendre trois fois chaque jour deux capsules d'huile de santal de 5 centigrammes chaque, dès qu'on a constaté la présence des gonocoques.

Les observations de M. comprennent 175 cas dont 64 ont été complètement guéris ; 108 malades ont cessé de venir après avoir obtenu une amélioration ; 2 malades n'éprouvèrent aucune modification (l'un avait un rétrécissement très prononcé et l'autre une idiosyncrasie contre l'huile de santal) ; enfin un malade, après 8 jours de traitement, ne présentait aucune amélioration.

Parmi ces malades, 4 seulement ont éprouvé de légers malaises, surtout des douleurs lombaires ; dans un cas, on fut obligé de suspendre l'huile de santal ; chez ces 5 malades on n'a jamais constaté d'albumine. On n'a pas observé d'exanthèmes médicamenteux et pas de complications, à l'exception d'une épididymite survenue après 5 jours de traitement. Avec l'emploi de l'huile de santal, les douleurs disparurent rapidement et complètement, la sécrétion diminua ; parfois au bout de 3 jours, on pouvait déjà constater une diminution dans le nombre des gonocoques.

Dans 35 blennorrhagies aiguës la durée du traitement oscilla entre 3 1/2 et 12 semaines. Dans certains cas la guérison exigea quelques semaines de plus : 2 malades ne furent même guéris qu'après 33 semaines. Dans 16 cas de blennorrhagie subaiguë, 2 1/2 à 7 semaines furent nécessaires ; dans 3 cas le traitement fut continué pendant 11 à 12 1/2 semaines. Dans

13 cas de blennorrhagie chronique la durée du traitement fut en moyenne de 9 1/2 à 16 semaines ; dans 2 cas elle fut de 18 et de 40 semaines.

Cette statistique, peu considérable il est vrai, suffit pour démontrer que le traitement de la blennorrhagie aiguë, subaiguë et chronique par l'huile de santal mérite l'attention des spécialistes et qu'il peut rivaliser avec d'autres méthodes. A. Doyon.

Traitement du chancre simple.

Le nitrate de plomb dans le traitement du chancre simple (Il nitrato di piombo nell' ulcera molle venerea), par G. Melazzo. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, fasc. 5, p. 533.

Après détersion du chancre au moyen d'un lavage soigné avec une solution de sublimé à 1 p. 1000, on recouvre sa surface avec de la poudre de nitrate de plomb qu'on fait pénétrer au moyen de la pression du doigt dans toutes les anfractuosités et sinuosités; on enlève la poudre qui recouvre les parties avoisinantes, et on recouvre d'ouate hydrophile. Cette application produit une sensation de brûlure qui persiste pendant quelques heures, et qui est très atténuée par des applications de cocaïne précédant l'emploi du nitrate de plomb. La poudre forme une croûte et une eschare qui se détache en 36 à 48 heures, laissant après elle une perte de substance complètement plane, de coloration rouge vif, recouverte d'un très mince enduit homogène d'apparence albumineuse, les bords sont plats et la lésion a perdu sa spécificité; si quelque anfractuosité a échappé à l'action du caustique, il faut l'attaquer par une application nouvelle et partielle de nitrate de plomb.

Cette substance n'agit que sur le tissu malade et respecte les tissus sains tant en surface qu'en profondeur. Elle a l'avantage de ne provoquer qu'une douleur légère relativement à celle produite par les autres caustiques, et de courte durée. La réaction inflammatoire locale est légère. L'étendue notable du chancre n'est pas une contre-indication à l'emploi de cette méthode qui a des résultats constants et fidèles dans les cas de chancres phagédéniques et serpigineux. Les chancres ainsi traités ont perdu leur virulence, on ne peut plus les réinoculer. G. T.

Bubon vénérien.

De la fréquence des bubons vénériens. Étude statistique (Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von venerischen Bubonen. Ein statistischer Beitrag), par Jordan. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1900, t. LIII, p. 341.

A l'hôpital de la ville à Moscou, de 1894 à 1899 inclusivement, c'est-à-dire pendant ces six ans, on a reçu 2,357 cas de chancres simples, dont 636 ont été suivis de bubons ; soit 73,5 p. 100 des cas ont été non compliqués et 26,5 p. 100 compliqués de bubons. Petersen, à l'hôpital Alexandre, a constaté chez des hommes 39 p. 100 de bubons ; Guy, à Kazan, 36,6 à 59,6 p. 100, et Tschernogubow à l'hôpital Mjassnitzki de Moscou, 39,4 p. 100 de 1886 à 1891.

Les statistiques des autres auteurs sont très différentes quant à la fréquence des bubons, mais elles concordent toutes sur la question de leur

siège. Tous les observateurs s'accordent pour dire que les bubons sont plus fréquents du côté gauche qu'à droite et surtout occupent rarement les deux côtés. Cette préférence pour la région inguinale gauche tient à des conditions anatomiques spéciales; en effet, des deux réseaux lymphatiques qui du pénis se rendent dans les ganglions inguinaux, le réseau superficiel se distribue de la même manière des deux côtés, tandis que le réseau profond au contraire se dirige spécialement à gauche.

On a aussi attribué à tort à la localisation du chancre simple une influence sur le développement des bubons. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que les chancres du frein sont plus souvent accompagnés de bubons que ceux des autres régions. A. DOYON.

Pathogénie du bubon vénérien (Sulla patogenesi del bubbone venereo), par E. NICOSIA. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 6, p. 653.

N. a examiné le pus de 10 bubons chancreux suppurés et de 5 bubons n'ayant pas encore subi complètement la fusion purulente et celui de 4 bubons dépendant de causes autres que le chancre simple.

Il résulte de ses recherches que le bacille de Ducrey peut se trouver dans le pus au moment de l'ouverture, l'inoculation du pus donne alors un résultat positif; souvent, malgré l'impossibilité de toute contamination ultérieure, les bacilles qui manquaient au moment de l'ouverture se voient quelques jours après : dans ces cas, les rares bacilles qui sont restés dans les parois ou ceux qui sont venus depuis du chancre se sont développés après l'ouverture du bubon et ont repris leur virulence perdue. Lorsque le bubon est complètement suppuré, on n'y trouve plus de bacilles parce que, de même que pour les pyogènes communs, les bacilles perdent leur virulence et meurent après que la suppuration s'est produite et que la collection purulente s'est formée; quelquefois, quoique le bubon se soit ulcéré, le bacille atténué par le ganglion ne parvient plus à reprendre la virulence qu'il a perdue. G. T.

Traitement abortif du bubon (The abortive treatment of bubo), par H. M. CHRISTIAN. *Therapeutic Gazette*, 15 août 1900, p. 517.

On applique sur le bubon une couche de la pommade suivante : Onguent napolitain, onguent de belladone, ichtyol et lanoline en parties égales, puis on y met un tampon de lint, par-dessus une pièce de taffetas gommé, enfin un spica bien serré pour exercer une forte compression.

Ce pansement est renouvelé tous les deux jours. Dans la moitié des cas, C. a obtenu la résolution des bubons pourvu qu'ils ne fussent pas trop avancés. W. D.

Examen des prostituées.

De quels points faut-il tenir compte dans l'examen des prostituées atteintes de blennorrhagie et comment faut-il faire cet examen ? (Welche Punkte hat die Gonorrhoe-Untersuchung der Prostituisten zur berücksichtigen und wie ist sie auszuführen ?) par GUMPERTZ. *Wiener klin. Rundschau*, 1900.

Après une étude critique détaillée sur les travaux publiés dans ces dernières années, G. arrive aux conclusions suivantes :

Même l'examen le plus rigoureux ne pourra empêcher qu'une partie des infections, parce que les prostituées atteintes de blennorrhagies incurables ou à récidives constantes ne peuvent pas être détournées d'une manière durable de leur métier.

Il faut faire d'une manière systématique l'examen microscopique des sécrétions chez toutes les filles publiques et ne s'en abstenir que si elles ont déjà été auparavant reconnues malades.

Si on veut obtenir quelque chose de l'examen des prostituées, il faut le faire deux fois chaque semaine ainsi que la recherche du gonocoque, bien que les frais soient beaucoup plus considérables ; il faut confier l'examen bactériologique à des fonctionnaires techniques non médecins qui sont théoriquement et pratiquement instruits et ont justifié de leur compétence sur ces questions. A. Doyon.

État de santé des prostituées clandestines au moment de leur arrestation ; causes et conséquences, par Barthélemy. *Bulletin de la Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale*, 1901, nº 2, p. 105.

B. a relevé l'état au moment de leur arrestation d'une série prise au hasard de 100 prostituées clandestines ; il a constaté sur 95 l'existence de la syphilis dont le début datait de l'année même chez 46, de l'année précédente chez 31, de 2 ans chez 8, de 3 ans chez 6, de 4 ans chez 4. En se basant sur les déclarations des femmes relativement au nombre moyen des coïts qu'elles ont et sur la date du début des accidents contagieux, il a calculé que ces 100 femmes auraient pu contagionner 6,133 hommes. Sur ces 100 femmes, 41 avaient eu leur dernier coït le jour même de leur arrestation, 33 la veille, 7 l'avant-veille. G. T.

Le Gérant : Pierre Auger.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE



Fig. 1



Fig. 2

Masson & Cᵢₑ, Editeurs

Phototypie Berthaud, Paris

Fig.1.

Fig.2.

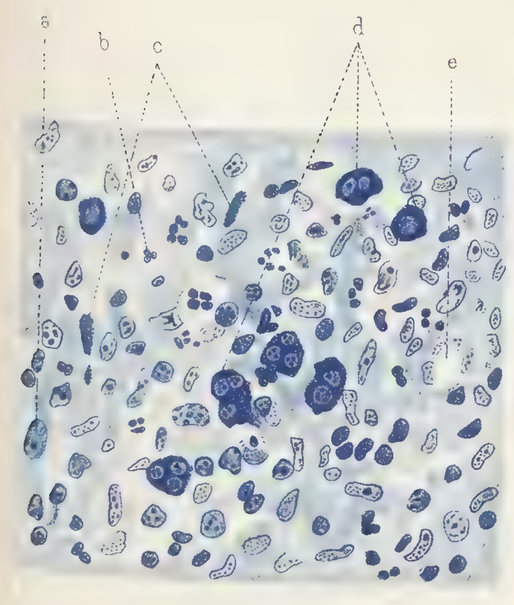


Fig.3.

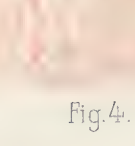


Fig.4.



A. Bénard lith.

Imp. Lemercier, Paris.

Masson & Cie, Editeurs.



TRAVAUX ORIGINAUX

LA SYPHILIS DANS LA PÉNINSULE INDO-CHINOISE

Par **E. Jeanselme.**

La syphilis, maladie pandémique, offre, où qu'on l'observe, les mêmes traits fondamentaux. Cependant les habitudes sociales imposées par le climat, en favorisant ou en contrariant telle localisation du virus, impriment à la vérole un cachet spécial. Toutes choses égales d'ailleurs, un indigène des régions intertropicales, apathique et sobre, ne réagira pas vis-à-vis du poison syphilitique de la même manière qu'un Européen intempérant et surmené.

Cette vue *a priori* se trouve confirmée par l'analyse des observations que j'ai recueillies dans la presqu'île indo-chinoise où la syphilis est fort répandue (1).

Les principaux foyers de l'endémie syphilitique, en Indo-Chine, me paraissent être le delta du Tonkin, la côte d'Annam et le Laos.

Visitant la province du Quang Nam, à l'époque où sévissait la famine, j'ai pu examiner un très grand nombre d'indigents, en particulier dans la plaine de Faï fo, où ils accouraient pour prendre part aux distributions de riz. Beaucoup de ces malheureureux étaient atteints de syphilis mutilante. Il s'agissait là, il est vrai, d'une population flottante, composée presque uniquement de vagabonds et

(1) Mes recherches sur la syphilis de l'indigène ont porté plus spécialement sur les régions suivantes :

1° En Annam, Faï fo et ses environs ;

Le Huyen de Ha Dong;

Tra My, Tam Ki, Thanh Binh, etc., Hué et ses environs;

Quang Tri et ses environs ; marché de Cho Sai, Ha Tay, etc. ;

Hatinh, Vinh et Thanh Hoa, capitales de provinces; Dong Thap, Phu Dien, Quinh Lun, Man Son, PhuNghiu;

2° Au Tonkin, Quang Yen, Ninh Binh et Nam Dinh, capitales de provinces ; le cercle de Mong Kai Tong Hin, ville frontière chinoise ; les rives du haut fleuve Rouge : Yen Bai, Lao Kai, Man Hao, etc;

3° Au Yunnan, la route de Man Hao à Yunnan sen par Mongtsé, — la ville de Yunnan sen ;

La route de Yunnan sen à Tali fu par Tchou Hsioung fu ;

La route de Tali fu à Bhamo (Birmanie) par Yung Chang fu et Teng Yueh;

4° En Cochinchine, Saïgon, Cholon, Mytho, hôpital de Culao Gieng, sur le Mékong ;

5° Au Cambodge, Pnom-Penh et ses environs ; Kompong Chnang, Kratié ;

6° Au Laos, Stung Treng, Kong, la vallée de la Se Done, Vien tian et Luong Prabang.

d'éclopés parmi lesquels on conçoit aisément que la syphilis soit largement représentée. Mais ce qui montre que cette maladie est fort commune dans la région, c'est que dans la ville même de Faï fo, gros centre commerçant où l'élément chinois prédomine, nombre d'habitants aisés sont cruellement mutilés par la vérole.

Dans la capitale de l'Annam, les manifestations spécifiques ne sont pas moins fréquentes. A Hué, j'ai pu, grâce à l'obligeant concours du Dr Péthellaz, réunir en quelques jours 35 cas d'ulcérations tertiaires. Dans l'établissement de la Sainte-Enfance, situé dans cette ville, j'ai recueilli 13 observations de syphilis tertiaire ou de syphilis héréditaire tardive (3 cas chez l'homme, 8 chez la femme, 2 chez l'enfant).

Mais c'est au Laos que la syphilis exerce les plus grands ravages. Le *Khi Maheng* (nom qui désigne les accidents tardifs de la vérole acquise ou héréditaire) décime littéralement les populations laotiennes.

Parmi les localités les plus éprouvées, je citerai :

1° Les villages des vallées de la Se Done et de la Se Bang Hien (Keng Kok, Keng Pho, Ban Danalao, Lakon Peng, Song Kon, Ban Muong Kai, Ban Sok) ;

2° Les rives du Mékong (Stung Treng, Savannakek, Panhom, Lakhon, Pak Hin Boun, Vien Tian et Luong Prabang).

En revanche, la syphilis paraît rare parmi les tribus sauvages qui peuplent les montagnes de l'Annam et du Laos. Je n'en n'ai pas vu un seul cas chez les Moïs des villages de Van Vien et de Go Son situés dans la région de Tra My. Ces sauvages ne descendent jamais dans la plaine, et ils ne sont visités que par de rares colporteurs annamites qui leur apportent des gongs en échange de la cannelle. Les tribus Khas du Pou Lao Pi et du Pou Kha Sak, que les Laotiens tiennent à l'écart et traitent avec mépris, m'ont paru généralement indemnes de syphilis.

Au Yunnan, la vérole est beaucoup moins commune qu'au Laos si l'on excepte les grands centres où elle est fort répandue.

La syphilis, chez l'indigène, reconnaît assez souvent une origine *extragénitale*.

Les excoriations cutanées, si fréquentes au niveau des jambes et des pieds; les pustules de la gale, les piqûres des moustiques et des insectes parasites sont autant de portes d'entrée ouvertes à l'infection. Ces solutions de continuité, qui ne sont jamais pansées, venant au contact des nattes sordides sur lesquelles les indigènes se couchent à demi nus expliquent le siège parfois insolite de l'accident initial.

L'habitude, qu'ont certains médecins annamites, de sucer les ulcères de toute nature peut aussi contribuer à la dissémination de la syphilis.

Les bâtonnets qui servent à manger le riz, la pipe à eau qui circule de bouche en bouche dans les débits de thé, sont certainement des agents de transmission de la vérole. Aussi le chancre des lèvres est-il assez commun.

La syphilis sévit avec intensité dans les villages de pêcheurs. Les hommes contractent en général cette maladie sur la côte du Quang Toun et la transmettent, au retour, à leurs familles.

Dans les régions où la population est peu dense, au Laos par exemple, on peut suivre la syphilis, pour ainsi dire à la trace, dans sa marche envahissante. Elle est ordinairement importée par des négociants chinois qui se marient avec des femmes indigènes. Les incursions des Siamois ont aussi créé de nombreux foyers vénériens sur les rives du Mékong. Les centres où ils ont tenu garnison sont tous ravagés par la vérole. Dans certains villages, il est certain que la moitié des habitants sont entachés de syphilis. A Bangkok, capitale du Siam, la proportion des syphilitiques est peut-être encore plus grande.

L'accident initial est rarement observé, l'indigène n'ayant recours au médecin européen que s'il y est contraint par la douleur. Le chancre est souvent très volumineux et se complique parfois de phagédénisme.

Les accidents secondaires sont peu apparents. Les plaques muqueuses buccales en particulier sont d'une extrême rareté. Peut-être faut-il invoquer, pour expliquer cette immunité locale, le soin qu'ont les indigènes de se rincer la bouche avec du thé bouillant après chaque repas, leur habitude de chiquer du bétel associé à de la chaux vive, et le bon état de leur dentition.

De toutes les formes qu'affecte la vérole chez l'indigène, l'une des plus communes est assurément la syphilis maligne précoce. Dans ce cas, dès les premières semaines de l'infection, des placards tuberculo-crustacés à extension rapide couvrent toutes les régions du corps, et surtout les membres inférieurs. En même temps, s'installe insidieusement un coryza syphilitique tenace qui s'accompagne d'ozène et d'un véritable jetage rappelant celui de la morve. Dans les plus hautes expressions de cette forme maligne, les douleurs ostéocopes d'une remarquable intensité, les hyperostoses qui se développent sur la plupart des os longs, y compris les phalanges, les épanchements qui distendent les grandes jointures réduisent à l'immobilité presque absolue le malade dont les souffrances sont aussi cruelles que dans le rhumatisme articulaire aigu.

La caractéristique de la période tertiaire, chez l'indigène, c'est qu'elle porte à peu près exclusivement ses atteintes sur le tégument externe et l'appareil locomoteur.

D'énormes nappes tuberculo-gommeuses, à caractère serpigineux ou térébrant, labourent les membres dans toute leur étendue, au point de produire parfois une décortication totale comme si la peau avait été scalpée. Des lésions ostéo-hypertrophiantes déforment les diaphyses et les extrémités articulaires. De vastes ulcérations déterminent la chute des phalanges et réduisent les mains et les pieds à l'état de moignons presque méconnaissables. Aux membres inférieurs, ces mutilations se compliquent souvent d'une infiltration pseudo-éléphantiasique avec dermite végétante et papillomateuse.

A la face, où les localisations sont moins fréquentes qu'aux membres, la syphilis tertiaire ronge parfois le nez, les lèvres, les paupières, le pavillon des oreilles.

Les réparations qui succèdent à ces vastes pertes de substance sont toujours vicieuses et difformes; elles rappellent les cicatrices consécutives aux grandes brûlures et aux lésions scrofulo-tuberculeuses. *Elles sont sillonnées de cordes chéloïdiennes saillantes* qui maintiennent le coude et le genou en demi-flexion. La rétraction du tissu inodulaire détermine l'atrésie des orifices naturels, tels que la bouche, les narines, le conduit auditif externe, le méat urinaire.

Cette syphilis tertiaire à manifestations multiples et disséminées, presque toujours compliquée de phagédénisme, est bruyante et choquante; elle désorganise profondément la peau et le squelette; elle entraîne des mutilations incurables, mais elle détermine rarement la mort. Elle doit sa bénignité relative à l'intégrité quasi constante des muqueuses et des viscères. La perforation du voile du palais, la glossite tertiaire sont d'une extrême rareté. L'hépatite et l'orchite syphilitiques ne s'observent pour ainsi dire jamais. L'appareil visuel reste presque toujours indemne (1).

La syphilis est considérée, à juste titre, comme un poison du système nerveux. Or, si les gommes cérébrales et médullaires, parmi les races de la presqu'île indo-chinoise et de la Malaisie, ne sont pas exceptionnelles, *les affections parasyphilitiques semblent être totalement inconnues chez l'indigène.*

Pour dépister les formes frustes du tabes, je me suis efforcé de surprendre les plus légères incorrections de la démarche, j'ai interrogé les réflexes rotuliens, j'ai recherché le signe d'Argyll-Robertson; mais mon enquête a toujours été négative. J'ai visité les asiles d'aliénés de la Birmanie, de Singapore et de Java sans trouver un seul cas de paralysie générale vraie; j'ai questionné les médecins les plus autorisés et ils m'ont affirmé n'avoir jamais observé, chez l'indigène, cette complication lointaine de la vérole (2).

(1) Dans mes notes, sur 237 observations, je relève seulement 4 cas de perforation du palais et 1 seul cas de glossite tertiaire.

(2) Le Dr Hofman, directeur de l'asile des aliénés de Buitenzorg (le plus grand

Le genre de vie que mènent ces races jaunes dont l'activité est réduite au minimum est peut-être la cause de cet état réfractaire. Elles sont sobres et soustraites par leur indolence aux diverses formes de surmenage nerveux auxquelles sont exposés trop souvent les Occidentaux (1).

L'hérédo-syphilis, d'une extrême fréquence dans certains foyers circonscrits, entraîne une polyléthalité considérable. Comme la syphilis acquise, la forme héréditaire met surtout à l'épreuve les systèmes osseux et cutané. L'effondrement du nez, les malformations du crâne, l'incurvation des tibias en lame de sabre, les cicatrices spécifiques péribuccales ou fessières sont parmi les stigmates les plus habituels. Par contre, la triade d'Hutchinson ne s'observe jamais au complet : l'ouïe reste normale, la kératite interstitielle est rare, les dents sont généralement bien conformées.

J'ai vu des cas d'hydrocéphalie, d'idiotie, d'imbécillité, de maladie de Little en connexion manifeste avec l'hérédo-syphilis. Le système nerveux du fœtus paraît donc plus sensible à l'action de la syphilis que celui de l'adulte.

Parmi les anomalies dystrophiques qu'on pourrait imputer avec vraisemblance à la syphilis, il faut signaler, à cause de leur fréquence, le nanisme ou la petitesse de la taille, les malformations du pavillon des oreilles, le strabisme, le bec-de-lièvre, la polydactylie et la syndactylie (2).

Le rachitisme, dont l'étiologie a soulevé tant de controverses, *n'existe pas dans la péninsule indo-chinoise*, ou du moins il ne m'a pas été donné d'en voir un seul cas. Si la vérole intervient dans la production de cette dystrophie, il est donc présumable qu'il lui faut le concours de facteurs adjuvants qui font ici défaut.

La syphilis exotique peut être confondue avec l'ulcère phagédénique des pays chauds, la lèpre et le pian.

L'ulcère des pays chauds, désigné en Indo-Chine sous le nom de « plaie annamite » dans le langage courant, donne lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic, car il peut être pris pour des manifestations du tertiarisme, bien qu'il diffère de la syphilis à la fois par sa nature et par son évolution clinique.

Il a pour siège d'élection le pied et le bas de la jambe, régions

établissement des Indes néerlandaises, 500 à 600 malades), et ses assistants; le Dr Ellis, directeur de l'asile des aliénés de Singapour, n'ont jamais vu un cas de paralysie générale chez les Asiatiques.

(1) Pour vérifier ou infirmer cette hypothèse, il serait intéressant de savoir comment les Japonais (qui sont entrés résolument dans le mouvement européen) réagissent vis-à-vis du poison vénérien.

(2) Le strabisme interne et le bec-de-lièvre sont communs chez les Annamites et les habitants du Yunnan. Je n'ai pas observé ces difformités chez les Laotiens.

exposées aux traumatismes et aux piqûres de sangsues. Aussi est-il rare chez l'Européen dont les extrémités sont protégées par la chaussure, tandis qu'il est très commun chez l'indigène qui passe des journées entières dans la vase à l'époque du repiquage du riz.

Dans la province de Wellesley, qui fait partie de la colonie anglaise du gouvernement des Détroits (presqu'île de Malacca), j'ai vu dans un hôpital de plantation, grâce à l'obligeance du Dr Foston, plus de cent coolies chinois atteints d'ulcère tropical. Sur ces travailleurs, la plaie la plus insignifiante des extrémités inférieures venant en contact avec la terre humide se couvre d'un enduit grisâtre, pulpeux, très adhérent, qui laisse suinter un liquide sanguinolent et fétide. Si l'ulcère, à sa phase initiale, est énergiquement traité par des applications caustiques ou le fer rouge, la guérison est promptement obtenue. Dans le cas contraire, la couenne diphthéroïde infiltre le liséré marginal de couleur lie de vin qui borde l'ulcère ; elle s'accroît rapidement par progression excentrique et dans sa marche envahissante elle peut fouiller profondément les tissus, dénuder les os et ouvrir les articulations. Cette forme s'accompagne parfois d'auto-inoculations secondaires qui ont pour siège les excoriations les plus minimes ; elle ne saurait donc être confondue avec la syphilis. Mais il existe une variété, d'allure plus lente, qui creuse des ulcères arrondis à bords calleux dont l'aspect rappelle assez bien une gomme ouverte. Toutefois l'examen attentif de la plaie annamite dont le fond est couvert d'un putrilage infect et non d'un bourbillon, l'absence de lésions osseuses ou d'autres manifestations syphilitiques concomitantes et le traitement d'épreuve, en dernier ressort, établiront le diagnostic en toute certitude (1).

La lèpre offre avec la syphilis mutilante de grandes analogies objectives. L'effondrement du nez, la chute des doigts et des orteils, les poussées de macules et de nodules de nuance cuivrée, sont des manifestations communes aux deux maladies. Mais la lèpre possède un signe différentiel capital, c'est l'anesthésie, qui occupe des territoires plus ou moins étendus soit sur les membres, soit au niveau des éléments éruptifs. Du reste, en cas d'hésitation, la recherche du bacille de Hansen dans la rhinite lépreuse pourrait trancher la question (2).

Entre toutes les maladies à détermination cutanée, le pian ou *frambœsia* est celle qui copie le plus fidèlement la syphilis. Les douleurs ostéocopes, la tendance des éruptions à prendre la forme cir-

(1) M. Le Dantec a décrit dans l'exsudat diphthéroïde de l'ulcère tropical, qu'il assimile à la pourriture d'hôpital, des bacilles droits, immobiles, ayant 7 à 12 µ de longueur. Les tentatives de culture ont été négatives.

(2) E. Jeanselme. Soc. médic. des Hôpitaux de Paris, séance du 23 juillet 1897. — Sticker, *Münch. medicin. Wochenschr.* 23 septembre et 5 octobre 1897.

cinée, le groupement des éléments au voisinage des orifices naturels et sur la région ano-génitale, l'action curative de la médication mixte, voilà les caractères qui appartiennent en commun aux deux affections. Cependant il existe, entre ces deux entités morbides, des différences fondamentales.

Je les résume dans le tableau comparatif suivant :

SYPHILIS	PIAN
Maladie pandémique.	Maladie tropicale.
Maladie acquise par *hérédité* ou par *contagion*.	Maladie acquise *uniquement par contagion*. Jamais elle n'est transmise des générateurs au produit pendant la vie intra-utérine.
Début par un accident primaire pathognomonique, siégeant au point d'inoculation.	L'accident initial, au niveau de la porte d'entrée, est inconstant. Quand il existe, il ne diffère en rien des éléments qui apparaîtront ultérieurement.
L'immunité conférée par la syphilis est *quasi définitive*.	L'immunité conférée par le pian, quoique à longue portée, finit parfois par céder : la *réinfection est possible*.
Toutes les *tentatives d'auto-inoculation* pratiquées sur le sujet en puissance de syphilis demeurent *infructueuses*.	*L'auto-inoculation du pian est possible* pendant un laps de temps d'une durée indéterminée, mais assez longue.

Le chancre induré et les autres signes de la syphilis peuvent apparaitre sur un individu qui vient d'avoir le pian.

SYPHILIS	PIAN
Polymorphisme des manifestations.	Monotonie de l'éruption dont le type unique est le papillome.
Les syphilides, du moins celles de la période tertiaire, désorganisent la peau et laissent après guérison des cicatrices indélébiles.	Le bouton de pian qui n'est soumis à aucune cause d'irritation guérit sans laisser de trace.
La syphilis est une affection *disciplinée*, dont les manifestations hiérarchisées correspondent aux trois périodes : primaire, secondaire et tertiaire.	Toutes les manifestations du pian sont identiques, quelle que soit leur date.
Les éruptions occupent les muqueuses.	*Les éruptions respectent les muqueuses.*
Localisations viscérales.	*Pas de localisations viscérales.*
Les syphilides ne sont pas prurigineuses.	Vives démangeaisons accompagnant les poussées éruptives.

Le pian, comme la syphilis, est heureusement influencé par le mercure et l'iodure de potassium, quoique à un moindre degré. Mais l'épreuve thérapeutique ne peut être considérée comme un argument

en faveur de l'identité des deux maladies, car l'iodure de potassium guérit l'actinomycose, affection qui ne peut être rattachée à la syphilis.

Les indigènes ont employé de temps immémorial le mercure dans le traitement de la syphilis. Ils ont recours aux fumigations de cinabre dont ils continuent l'usage jusqu'à salivation. Malheureusement les indigents, c'est-à-dire le plus grand nombre, ne peuvent suivre cette médication trop coûteuse.

Actuellement, dans l'Indo-Chine française, parmi les indigènes atteints de syphilis, les seuls qui puissent recevoir des soins convenables sont ceux qui habitent les centres (encore peu nombreux) où il y a des hôpitaux européens. La vérole non traitée abâtardit la race, elle diminue les naissances et multiplie les décès. Elle contribue pour une part, avec l'impaludisme, la variole et la lèpre, à enrayer l'accroissement de la population. Or, dans de vastes régions de l'Indo-Chine française la main-d'œuvre indigène est notoirement insuffisante. Cette pénurie d'hommes, sous un climat qui ne permet pas au blanc de se livrer à un travail manuel, est certainement l'un des obstacles les plus sérieux au développement de la colonisation.

L'intérêt économique, d'accord avec l'obligation morale, impose donc à l'administration le devoir de remédier à cet état de choses. Les sacrifices consentis seront, sans nul doute, largement compensés par l'amélioration des groupes ethniques soumis à notre domination.

Cette étude sur la syphilis de l'indigène a pour base 237 observations dont je résume les plus importantes.

Pour la commodité des recherches, je les ai réparties dans les paragraphes suivants :

A. — Pseudo-rhumatisme syphilitique.

B. — Syphilis tertiaire mutilante.

C. — Syphilis héréditaire.

A. — *Pseudo-rhumatisme syphilitique.*

Observation I. — Laotien, âgé de 30 ans, originaire de Pak In Boun (moyen Laos) atteint de pseudo-rhumatisme syphilitique.

Douleurs vives, à prédominance nocturne, et exostoses généralement symétriques au niveau de presque tous les os des membres; ces exostoses occupent plus spécialement :

a. Au membre supérieur gauche, l'extrémité inférieure de l'humérus; le corps du cubitus; l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras qui sont moniliformes (trois exostoses successives sur chaque os); le premier métacarpien;

b. Au membre supérieur droit, le corps du cubitus, le tiers inférieur des deux os de l'avant-bras, le premier métacarpien.

Les quatre derniers doigts de chaque main sont renflés en fuseau, par suite de l'énorme épaississement des extrémités osseuses qui forment l'articulation phalango-phalanginienne.

Il existe des nouures douloureuses au niveau des jointures phalangino-phalangettiennes. Les doigts sont écartés les uns des autres, en légère flexion. Le moindre mouvement, la plus légère pression réveillent des souffrances fort vives, rappelant par leur acuité celles d'une attaque franche de rhumatisme.

Les membres inférieurs ne sont pas moins atteints que les supérieurs :

Tuméfaction considérable, diffuse et douloureuse de la région trochantérienne des deux fémurs ;

Gonflement énorme des régions épicondyliennes des fémurs et des plateaux tibiaux, ce qui donne aux genoux un volume colossal ;

Trois à quatre exostoses douloureuses, échelonnées sur chaque tibia ;

Une exostose sur la diaphyse du péroné droit.

Orteils en fuseau, aux deux pieds, et douleur au niveau de l'interligne qui sépare les premières des secondes phalanges.

Toutes les articulations des membres sont douloureuses à la pression. Aucune ne contient un épanchement appréciable.

Il n'existe aucune exostose sur les os du tronc : rachis, clavicules et côtes.

Les os propres du nez sont doublés d'un épaississement exostosique, douloureux à la pression.

Le malade se plaint d'une céphalée nocturne depuis deux ou trois mois. Il n'a pas d'alopécie.

Ganglions volumineux indolents et mobiles au cou, aux aines et aux aisselles.

Ulcération végétante à l'entrée de la narine gauche. Aucune manifestation bucco-pharyngée.

Placards nummulaires, pustulo-végétants, desséchés, en voie de rétrocession, sur les bras, le voisinage des creux poplités et le pourtour de l'anus.

Les organes génitaux sont indemnes et il est impossible de trouver la trace d'un chancre.

Les deux femmes du malade examiné ont des manifestations éruptives et des douleurs ostéocopes nocturnes.

Obs. II. — Laotienne, de 42 ans, originaire de Ban Soc (Laos), atteinte de syphilis tertiaire depuis cinq ou six ans.

Lésions en activité et cicatrices. Douleurs ostéocopes, plus vives la nuit.

Douleurs vives et gonflement des articulations des poignets et des genoux.

Douleur à la pression au niveau des cous-de-pied, des articulations des coudes, des épaules et de la mâchoire.

Nouures douloureuses au niveau des articulations des premières avec les secondes phalanges.

Exostoses sur les tibias.

Obs. III. — *a*. Laotien, âgé de 20 ans, vu à Savanakek (Laos).

Gonflement des extrémités osseuses concourant à former les articulations des deux coudes.

Exostose des tibias.

Douleurs articulaires à localisations multiples.

b. Laotienne, âgée de 32 ans, née à Ban Soc (Laos), dont le thorax est entièrement recouvert sur toute sa circonférence et sa hauteur d'une cicatrice achromique, parsemée d'îlots pigmentés, bordée par une frange d'éléments pustulo-crustacés.

Cicatrice analogue entourant la jambe droite.

Index en rave par élargissement des extrémités osseuses qui forment l'articulation de la première avec la seconde phalange.

Obs. IV. — Laotienne, âgée de 56 ans, habitant Ban Soc (Laos), présentant les signes d'une syphilis tertiaire depuis une dizaine d'années.

Actuellement, exostoses douloureuses des deux os de l'avant-bras gauche et des tibias.

Obs. V. — Laotien, âgé de 61 ans, habitant Ban Soc (Laos), dont les jambes sont couturées de lésions syphilitiques intéressant à la fois le tégument et les os.

Énorme développement des extrémités osseuses qui concourent à former l'articulation de la première avec la seconde phalanges, notamment sur le médius droit, sur l'index et le médius gauches.

Obs. VI.— Laotien, âgé de 21 ans, né à Lakon peng (bas Laos), présentant une grande syphilide tertiaire serpigineuse au-devant du grand pectoral gauche.

Exostoses indolentes de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras et des tibias.

Gonflement douloureux de l'articulation du genou gauche.

Obs. VII. — Jeune Laotien, de Song Kon (Laos), souffrant la nuit de douleurs ostéocopes.

Exostose du tibia à gauche. Faible épanchement dans les genoux qui sont douloureux.

Obs. VIII. — Laotien, de 23 ans, dont les premières manifestations syphilitiques remontent à l'âge de 16 ans.

Nombreuses cicatrices spécifiques.

Exostose du tibia gauche. Douleur au niveau des coudes, des tibias et des genoux qui contiennent un peu de liquide.

B. — *Syphilis tertiaire mutilante.*

Obs. IX. — Homme de 40 ans, observé à Tra My (Annam), atteint d'une syphilis tertiaire mutilante extraordinairement étendue, dont le début apparent remonte à une quinzaine d'années. Les premières manifestations se localisèrent sur le front.

Actuellement, une cicatrice très irrégulière, hérissée de nombreuses crêtes saillantes, orientées dans tous les sens, recouvre le front, la joue et la moitié droite du cou. De petites excroissances de tissu inodulaire, sessiles ou pédiculées, ressemblant à des molluscums parsèment la cicatrice. Celle-ci adhère à l'os frontal et il existe en un point un enfoncement infundibiliforme, vestige d'une gomme ostéopériostique.

Une cicatrice de même aspect, à surface aréolaire parcourue par des plis saillants, limitée par une bordure nette et polycyclique, recouvre le moignon de l'épaule droite. En avant, elle descend jusqu'à l'interstice deltoïdo-pectoral; en arrière, elle déborde sur la région scapulaire; en dehors, elle émet une large bande qui longe la face postérieure du bras et se termine au-dessous du coude.

Une autre grande cicatrice part de la saignée du bras droit et gagne le bord cubital de l'avant-bras qu'elle suit sur un trajet de 15 centimètres. Autre cicatrice rubanée de même longueur bordée à ses deux extrémités, supérieure et inférieure, d'un front d'éléments pustulo-crustacés.

Au-devant de l'épaule gauche, plaque cicatricielle réticulée, ayant 10 centimètres de diamètre, circonscrite par une ligne de tubercules syphilitiques en pleine activité.

Plusieurs cicatrices adhérentes au sternum.

Cicatrice gigantesque, irrégulière et chéloïdienne de 50 centimètres de longueur, allant de la racine de la fesse droite jusqu'au bas de la cuisse correspondante qu'elle enveloppe presque entièrement.

Une dizaine de cicatrices circulaires au-devant des genoux. Immédiatement au-dessous du mollet droit, existe un ulcère de quatre centimètres de largeur sur trois de hauteur, formé par la coalescence de trois ou quatre éléments à bords nets, légèrement relevés et éversés en dehors.

Intégrité absolue de la cavité buccale, des yeux et des viscères : foie, testicules, etc.

Obs. X. — Au village de Tam Ki, près de Tourane (Annam), on voit sur la route un mendiant atteint de syphilis mutilante des jambes et des pieds, évoluant depuis cinq années environ.

Les orteils sont redressés, réduits de volume, ankylosés, coiffés d'une peau épaisse et scléreuse qui entrave tout mouvement et empêche l'exploration du squelette. Il semble pourtant que plusieurs phalanges aient été éliminées.

La sclérose cutanée se poursuit sur toute l'étendue des pieds, y compris la plante, remonte sur les cous-de-pied et se continue insensiblement avec un tissu cicatriciel tendu sur les muscles des jambes, les tibias et les genoux. Cette vaste cicatrice est achromique, mais parsemée de nombreuses macules pigmentaires de couleur sépia. Quelques éléments de syphilide tuberculo-crustacée sont disposés çà et là, sur les confins de la lésion.

Le reste du tégument est indemne. Intégrité de la cavité buccale, du nez, des yeux, du pavillon de l'oreille.

Aucun trouble de sensibilité aux membres inférieurs et supérieurs.

Il ne s'agit ni de lèpre, ni de lupus, ni d'éléphantiasis variqueux à forme destructive; mais bien d'une syphilis mutilante.

Obs. XI. — J'ai vu à Quang Hé, près de Tra My (province de Quang Nam), un Annamite d'âge moyen qui présente une mutilation du pied gauche presque indescriptible. La voûte plantaire, au lieu de dessiner un arc surbaissé, est transformée en une sorte d'ogive aiguë par plicature de l'avant-pied sur l'arrière-pied. Les orteils sont dirigés verticalement en l'air; un sillon transversal les sépare de la région tarso-métatarsienne qui forme une saillie considérable au niveau du cou-de-pied. Tout le squelette mutilé du pied est

recouvert d'une cicatrice violacée, tirant sur le brun, lisse, luisante et mince comme une pelure d'oignon. Quelques cicatrices arrondies sur la jambe gauche.

Le tiers inférieur de la jambe droite est enserré par une lésion en forme de bracelet. Celle-ci est constituée en partie par un ulcère gommeux en voie de progression, en partie par une cicatrice bigarrée de plaques bronzées et achromiques. De cette cicatrice se détache une large bande inodulaire qui se porte sur la face postérieure de la cuisse, à travers le creux poplité, et maintient le genou fléchi presque à angle droit.

L'évolution des lésions a été lente et progressive. Début au pied gauche, il y a dix-sept ans; à la jambe et au genou droit, il y a quatorze ans.

Il n'y a eu ni accident, ni brûlure pouvant expliquer ces mutilations. Celles-ci ne peuvent pas être rapportées ni à la tuberculose cutanée ni à la lèpre. Il y a d'ailleurs un ulcère gommeux en activité sur la jambe droite.

Obs. XII. — Annamite, de 32 ans, originaire de Tra My (Annam), offrant deux énormes ulcères indolents, situés symétriquement au-devant des cous-de-pied. Ces ulcères allongés transversalement suivant le pli de flexion qui sépare le pied de la jambe ont des bords sinueux et taillés à pic. Ils sont profondément excavés, torpides, grisâtres, recouverts d'un liquide gommeux.

La presque totalité de la cuisse gauche et le genou sont recouverts d'une cicatrice parcourue par des lignes scléreuses se coupant sous des angles variables. Au centre de cette syphilide phagédénique cicatrisée existe un gros élément pustulo-crustacé, de la grandeur d'une piastre, en pleine activité.

Une cicatrice en fer à cheval embrasse la demi-circonférence postérieure du bras gauche.

Une autre cicatrice de 30 centimètres carrés environ, parsemée de portions achromiques, s'étale sur le mollet gauche.

Le début au niveau de la cuisse date de quinze ans. Les ulcères situés au niveau des cous-de-pied remontent à deux ans.

Obs. XIII. — Annamite, de 19 ans, habitant Faïfo (Annam). Pigmentation bronzée couvrant les quatre membres; remontant en diminuant d'intensité jusqu'à la racine des bras aux extrémités supérieures, jusqu'à la région fessière aux extrémités inférieures; sur ce fond pigmenté, qui est le siège d'une exfoliation épidermique simulant l'ichtyose, se détachent de nombreuses cicatrices achromiques, alternant en beaucoup de points avec des syphilides tuberculo-végétantes dont les saillies papillaires sont coiffées d'étuis cornés.

Quelques grands placards papulo-crustacés sur le tronc.

Le malade n'est pas lépreux.

Aucune localisation syphilitique sur la cavité buccale, le nez, les yeux et les oreilles.

Obs. XIV. — Femme indigène, de 40 ans, née à Hatinh (Annam), atteinte d'une syphilis mutilante généralisée.

Les membres inférieurs sont couturés de cicatrices. Le pied gauche est éléphantiasique et creusé d'orifices à fond bourbillonneux.

La main gauche est profondément mutilée par la syphilis.

De nombreuses cicatrices adhérent à l'os frontal.

Aucune localisation buccale ou nasale.

Obs. XV. — Femme indigène, originaire de Quang Tri (Annam), atteinte d'une syphilis mutilante qui lui a déformé le poignet droit et l'a dévié de manière à simuler une fracture de l'extrémité inférieure du radius non réduite.

Le dos du poignet et la moitié inférieure de l'avant-bras sont doublés d'une énorme nappe syphilo-gommeuse. Un autre placard papulo-tuberculeux à la hauteur du ganglion épitrochléen droit.

Obs. XVI. — Annamite, de 45 ans, habitant Faï fo (Annam). Cicatrices syphilitiques très étendues sur les deux jambes.

La syphilis est encore en activité sur le cou-de-pied et le pied gauches qui sont tuméfiés et sclérosés comme dans l'éléphantiasis variqueux. Une dermite végétante très développée, hérissée de papilles hypertrophiées munies d'étuis cornés, occupe le dos des orteils, la plante et les bords latéraux du pied.

Nombreuses cicatrices syphilitiques sur la région ano-fessière.

Vastes cicatrices de même nature au niveau du coude gauche et de la face postérieure de l'épaule gauche.

Obs. XVII. — Laotienne, de 29 ans, habitant Ban Soc, atteinte d'une vaste syphilide du membre inférieur, occupant la partie inférieure de la cuisse, toute la jambe et le pied dont trois orteils ont disparu.

Grande cicatrice chéloïdienne simulant une brûlure, couvrant tout le plan antérieur du thorax.

Début à l'âge de 20 ans. Pas de stigmates de syphilis héréditaire.

Obs. XVIII. — Jeune fille annamite, de 15 ans, habitant Phu Dien, province de Vinh (Annam).

Tout le membre inférieur gauche, depuis le cou-de-pied jusqu'à la racine de la cuisse, est enveloppé d'une cicatrice continue dont les bords supérieur et inférieur sont festonnés et polycycliques.

Cette cicatrice, généralement blanche, pigmentée en quelques points, est réticulée et parcourue par de longues cordes chéloïdiennes. Les plus importantes sont groupées sur la face postérieure de l'articulation du genou, *de sorte que la jambe est maintenue en légère flexion sur la cuisse par un vaste pli cicatriciel.*

Autre cicatrice de la grandeur de la paume de la main, au-devant du genou droit.

Pas de syphilis buccale. Pas d'exostoses.

Obs. XIX. — Jeune fille annamite, de 15 ans, habitant Faï fo (Annam); Syphilide orbiculaire, superficielle, de nuance grisâtre, entourant très régulièrement l'orifice buccal. Aucune localisation sur les muqueuses buccale et nasale.

Un élément de syphilide tuberculo-crustacée sur la joue droite, un autre sur l'épaule du même côté.

Grande cicatrice syphilitique, à contours polycycliques, recouvrant tout le genou droit, débordant en dedans où elle fait *une corde chéloïdienne du volume du pouce qui maintient la jambe en légère flexion sur la cuisse.*

Cicatrice et corde chéloïdienne gênant l'extension du pied droit.

Obs. XX. — *a.* Syphilide tertiaire vue à Faï fo (Annam), couvrant les jambes et les cuisses.

Corde chéloïdienne fixant la jambe gauche à angle droit sur la cuisse.

b. Vastes cicatrices chéloïdiennes consécutives, à des syphilides tertiaires et couvrant les quatre membres.

Rétraction cicatricielle ayant amené la flexion à angle aigu de la jambe droite sur la cuisse.

Obs. XXI. — Annamite de 26 ans, habitant Faï fo (Annam). Énormes cicatrices chéloïdiennes faisant une saillie d'un centimètre au moins.

L'une d'elles suit la face antéro-interne du pli du coude gauche et le maintient fixé à angle droit.

Grande cicatrice analogue sur l'épaule gauche.

Cicatrices de même aspect sur la face postérieure du bras et du coude droits, parsemées d'éléments tuberculo-crustacés en évolution.

Cicatrice, beaucoup moins saillante, sur la face dorsale de l'avant-bras droit à sa partie inférieure.

Cicatrice gigantesque, hérissée de crêtes chéloïdiennes recouvrant toute l'étendue de la région fessière et la face postéro-externe de la cuisse droite.

Cicatrice, non chéloïdienne, au niveau du genou gauche.

Syphilides tuberculo-crustacées sur la face antéro-externe de la jambe gauche.

Aucune localisation syphilitique n'intéresse le nez, les yeux, les oreilles, la cavité buccale.

Obs. XXII. — Annamite, de 31 ans, habitant Faï fo (Annam). Cicatrices d'ulcérations syphilitiques labourant tout le haut de la jambe droite, le genou et le creux poplité correspondant. *Rétraction du tissu cicatriciel à tendance chéloïdienne, de sorte que la jambe droite est fléchie à angle très aigu sur la cuisse.*

Grande ulcération, tapissée d'un bourbillon, sur la tubérosité antérieure du tibia et sur la crête tibiale. Autre ulcération analogue, située au-dessus du creux poplité.

Vaste cicatrice chéloïdienne semée de tubercules syphilitiques ulcérés, étalée en nappe continue sur toute la fesse gauche.

Cicatrices non chéloïdiennes embrassant la demi-circonférence postéro-externe des membres supérieurs depuis le scapulum jusqu'au-dessous du coude.

La cavité buccale, les yeux et le nez sont indemnes.

Obs. XXIII. — Femme annamite, de 76 ans.

Cicatrice occupant le dos de la main, le poignet et les trois quarts inférieurs de l'avant-bras gauche. Sur le fond bistre de la cicatrice se détachent des parties déchiquetées, complètement achromiques.

Nombreuses ulcérations tertiaires en activité, situées sur la face dorsale du poignet et de l'avant-bras en plein tissu cicatriciel.

La saignée du bras est remplacée par une grosse corde cicatricielle qui immobilise exactement à angle droit l'avant-bras sur le bras.

Obs. XXIV. — Annamite de Faï fo (Annam), d'âge moyen, atteint de syphilis mutilante du centre de la face.

Disparition totale du nez qui est remplacé par un trou béant.

Orifice buccal irrégulier et atrésié par un syphilome en partie cicatrisé.

Destruction de la voûte palatine, de sorte que les étages nasal et buccal communiquent largement. Langue saine.

Le syphilome qui ronge le nez déborde sur les paupières des deux yeux qui sont en état d'infiltration diffuse. Il s'étale de chaque côté sur la région temporale et a fait disparaître dans une cicatrice le pavillon de l'oreille gauche. On ne distingue plus à ce niveau que l'orifice du conduit auditif externe non atrésié. Du pavillon de l'oreille droite, il ne persiste plus qu'une partie de la conque et le lobule.

Une vaste cicatrice occupe les faces antérieure et latérale du cou dans toute sa hauteur. Elle est parcourue par de longues stries chéloïdiennes; sa coloration de nuance sépia est mouchetée de points achromiques.

Sorte de tirage indiquant que le syphilome a envahi le larynx.

Très larges cicatrices à la partie inféro-interne des deux bras et à la face interne de la cuisse droite.

Obs. XXV. — Laotienne, adulte, de Ban Muong Kai. Syphilis tertiaire ostéo-articulaire labourant le front, les os malaires, le moignon des épaules et les tibias.

Cette femme a fait une fausse-couche. Elle a eu quatre enfants : le premier a vécu un mois; le quatrième, cinq jours seulement; les deuxième et troisième sont vivants et n'offrent aucun stigmate de syphilis héréditaire.

Le mari ne présente aucun signe imputable à la syphilis. Il a été deux fois à Bangkok, capitale du Siam, à 19 et à 24 ans. La syphilis est extraordinairement répandue dans cette ville.

Obs. XXVI. — Laotien, de 40 ans, qui a été, il y a cinquante-huit ans, à Battambang (Siam) où il a séjourné trois ans. La syphilis est très commune dans cette ville.

Le début des accidents remonte à une quinzaine d'années.

Cicatrices de syphilide tertiaire couvrant les deux tibias déformés.

Ulcérations gommeuses en évolution sur les avant-bras, et hyperostose des cubitus et des radius.

La main droite est renversée en extension forcée par des cicatrices syphilitiques qui dévient le poignet. La plupart des doigts ont la forme de fuseau, les extrémités osseuses qui concourent à former l'articulation phalango-phalanginienne étant hyperostosées.

Cicatrice adhérant à la clavicule droite.

Deux placards de syphilide tertiaire, disposés symétriquement sur le moignon des épaules.

Le nez a disparu, rongé par la syphilis.

Perforation du voile du palais, oblitéré par une cicatrice.

Obs. XXVII. — Annamite, d'âge moyen, vu à Phu Dien, province de Vinh (Annam).

Énorme syphilide tertiaire, en voie de cicatrisation, ayant labouré toute l'étendue du front et de la tempe droite. Le frontal présente de très nombreux enfoncements au niveau desquels la cicatrice adhère à l'os. Quelques points du syphilome sont encore en activité.

Placard de syphilide tuberculo-crustacée occupant le dos de l'avant-bras

droit sur une longueur de 15 centimètres, guéri en majeure partie, encore en évolution au niveau du coude.

Nombreuses ulcérations gommeuses sur les jambes. Une gomme non ouverte.

Pas d'exostoses.

C. — *Syphilis héréditaire.*

OBS. XXVIII. — Jeune Annamite, de Phu Dien (Annam), paraissant avoir 8 ans, quoiqu'il en ait 12.

Tête énorme d'hydrocéphale (circonférence, 61 centimètres), terminée supérieurement par une sorte de plate-forme. Front colossal en largeur et en hauteur, surplombant les arcades sourcilières. Au-dessus de la nuque, ressaut d'un bon centimètre correspondant à l'écaille de l'occipital. Intelligence débile.

Oreilles dépourvues de lobules, à pavillon plus large en bas qu'en haut.

Kératite interstitielle double peu accusée.

Destruction presque complète des incisives supérieures qui sont réduites à l'état de chicots.

Les quatre membres, mais surtout les inférieurs, sont en état de semi-rigidité. L'enfant marche, les genoux à demi fléchis et les jambes écartées.

Les membres supérieurs et inférieurs sont littéralement couverts de cicatrices polycycliques, d'aspect caractéristique. Des placards pustulo- et tuberculo-crustacés occupent le devant des genoux et les jambes.

Les deux termes, syphilis héréditaire et hydrocéphalie, sont tous deux indéniables dans ce cas.

Les cinq frères ou sœurs de cet hydrocéphale sont tous morts en bas âge. Je n'ai relevé aucun stigmate de syphilis sur le père. Je n'ai pas pu examiner la mère.

OBS. XXIX. — Le tiao muong (gouverneur) de V..., homme d'une soixantaine d'années, est affligé depuis treize ans d'une syphilis grave et rebelle. Depuis le début, il a toujours eu des manifestations cutanées, et actuellement encore il porte une syphilide acnéiforme.

Le bras droit a été paralysé, il y a quelques années, et ce membre est encore aujourd'hui très affaibli.

En outre, les deux yeux sont atteints d'une irido-choroïdite avec synéchies et taches noires dans le champ visuel.

Ces localisations nerveuse et oculaire de la syphilis chez l'indigène sont assez exceptionnelles.

Ce tiao muong a six femmes. L'une d'elles qui a eu 11 enfants, en a perdu 5. L'un des survivants, âgé de 12 ans (le père venait donc d'être infecté quand l'enfant a été conçu), est idiot; sa face est légèrement bouffie. La marche est impossible. Les quatre membres sont rigides, moins les mains qui sont ballantes et très atrophiées. Les masses musculaires sont contracturées, en partie atrophiées. Trépidation épileptoïde du pied. Exagération du réflexe patellaire.

Les dents sont de forme incertaine et de mauvaise qualité, mais non cariées.

Obs. XXX. — Jeune Annamite, de six à sept ans, vu à Thanh Hoa, atteint de syphilis héréditaire.

Front étroit et très haut, surplombant les arcades sourcilières. Ressaut au niveau de la suture fronto-pariétale.

Deux grandes cicatrices à peu près circulaires sur le cuir chevelu; une autre cicatrice, analogue d'aspect, sur l'apophyse mastoïde. Toutes les trois sont probablement consécutives à l'application de cautères ou de moxas.

Injection conjonctivale et cercle périkératique avec photophobie, sans trouble des cornées, ni déformation des iris.

Le nez et le pavillon des oreilles sont de configuration normale.

Les incisives médianes supérieures sont des dents d'Hutchinson absolument typiques. Les incisives supérieures latérales sont très petites, cylindroïdes, de forme fruste. Les incisives supérieures sont très espacées les unes des autres.

Les canines et les molaires supérieures sont normales.

Les dents de la mâchoire inférieure n'offrent pas d'altérations de forme ou de dimension, mais les incisives sont mal implantées.

Aucun autre stigmate de syphilis héréditaire.

Pas de renseignements sur les parents : il s'agit d'un enfant qui a été acheté 50 cents, c'est-à-dire, au cours actuel, 1 fr. 25 de notre monnaie.

Obs. XXXI. — Jeune fille, de Thanh Binh (Annam), âgée de 18 ans, paraissant avoir 15 ans au plus.

Grande syphilide pustulo-crustacée couvrant la face dorsale de l'avant-bras gauche, depuis le coude jusqu'au poignet. Éléments de même aspect disséminés sur la main droite.

Nombreuses et vastes cicatrices de syphilides tertiaires sur les membres supérieurs, le tronc et les fesses.

Les membres inférieurs, depuis les pieds jusqu'à la racine des cuisses, sont surchargés de cicatrices presque confluentes.

Grands ulcères tertiaires en activité sur le versant externe des deux pieds.

Les tibias ont la forme dite en *lame de sabre*. Grosse gomme ostéo-périostique fluctuante et douloureuse à la pression, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la crête tibiale droite.

Pas d'autres signes certains de syphilis héréditaires. Implantation vicieuse des dents.

Obs. XXXII. — Jeune Annamite, de Phu Dien (Annam), paraissant âgé de 5 ou 6 ans, bien qu'il en ait 9.

Vaste ulcération phagédénique, assez superficielle, à bordure polycyclique, en partie en activité, en partie cicatrisée, située sur le versant externe du membre inférieur droit depuis le haut de la jambe jusqu'à mi-cuisse.

Groupes confluents de cicatrices sur le membre inférieur gauche.

Placards de syphilide tuberculeuse : 1° au voisinage du coude gauche; 2° à la nuque, sur la lisière des cheveux; 3° sur la face interne des fesses et sur l'espace interfessier.

Le tibia droit est *en lame de sabre*. Cette déformation est extrêmement accusée.

Pas d'altérations dentaires, nasales ou oculaires. Pas de localisations bucco-pharyngées.

Je n'ai pu trouver aucun signe de syphilis chez la mère.

Obs. XXXIII. — Jeune Annamite de 16 ans, vu à Faï fo (Annam).

Ulcère circulaire de 5 centimètres de diamètre au-devant du genou gauche. Cet ulcère persiste, paraît-il, depuis quatre ans et, depuis le même temps, la jambe est fléchie à angle aigu sur la cuisse.

Au niveau des tendons qui limitent en dehors et en haut le creux poplité, énorme engorgement, chaud, rouge et douloureux, allongé suivant le trajet de ces tendons. Cette infiltration gommeuse date d'un mois.

Le pied, par suite de la flexion du genou, pend à 15 centimètres au-dessus du sol, immobilisé en varus équin.

Une cicatrice circulaire, à disposition radiée, sur la face interne du mollet.

Cinq incisives au maxillaire supérieur, celle du milieu est étroite et petite, c'est probablement une dent de lait persistante. — Canines normales.

Pas d'anomalies dentaires à la mâchoire inférieure.

Léger strabisme interne.

Obs. XXXIV. — Jeune Laotien, de Song Kon (Laos), âgé de 14 ans, présentant des manifestations syphilitiques depuis sa naissance.

Taille très petite. Nez effondré à sa racine. Nombreuses cicatrices syphilitiques au pourtour du nez et des lèvres. Autres cicatrices disséminées sur toute l'étendue des membres.

Hyperostose des extrémités phalangiennes déterminant la déformation des doigts dite en rave.

Tibias en lame de sabre.

Pas d'altérations dentaires, ni oculaires. La mère de cet enfant, âgée de 48 ans, est couverte de cicatrices d'ulcérations tertiaires et d'exostoses bosselant les tibias et les os des avant-bras.

Le père de l'enfant, que je n'ai point vu, porterait des cicatrices et des lésions analogues.

Obs. XXXV. — Jeune Laotienne, de 18 ans, originaire de Ban Sok, atteinte de syphilis héréditaire.

Nanisme. Tibias en lame de sabre. Genoux gonflés et douloureux, donnant au palper la sensation de végétations mollasses comme dans la tumeur blanche.

Grande cicatrice en nappe sur toute la circonférence de la cuisse gauche. Nombreuses cicatrices spécifiques sur les mains et les poignets.

Cicatrices serpigineuses, plates et superficielles, au pourtour des lèvres et des narines.

Vaste gomme tapissée d'un bourbillon, située sur la ligne médiane du palais, intéressant à la fois la muqueuse de la voûte osseuse et du voile.

Dents en mauvais état, dépourvues d'émail en plusieurs points.

Kératite interstitielle double.

Obs. XXXVI. — Jeune Annamite, d'une dizaine d'années, vu à Phu Dien (Annam).

Le cartilage de la cloison et les ailes du nez ont totalement disparu. Les fosses nasales s'ouvrent à l'extérieur par un orifice unique, en forme de cœur de carte à jouer.

Très nombreuses cicatrices superficielles, circulaires et gaufrées, groupées sur le dos du nez et la lèvre supérieure.

Cornées atteintes de kératite interstitielle.

Quelques cicatrices syphilitiques sur les épaules. Nombreuses cicatrices de même nature sur les avant-bras.

Placard de syphilide tuberculo-crustacée recouvrant le dos du poignet gauche.

Au-devant des genoux et des jambes, nappe presque continue d'éléments tertiaires en évolution, alternant avec des cicatrices syphilitiques.

Obs. XXXVII. — Laotienne, de 30 ans, originaire de Ban Muong Kai, atteinte d'une syphilis héréditaire tardive dont les premières manifestations ne datent que de deux ans.

Large syphilide tertiaire du flanc droit; syphilide ostéo-cutanée de la jambe droite.

La sœur de cette femme a le nez écrasé à la base et les deux tibias en lame de sabre.

Obs. XXXVIII. — Laotien, originaire de Song Kon, âgé de 42 ans.

Nez écrasé à sa racine, coryza chronique purulent et fétide.

Tibias en lame de sabre avec cicatrices adhérentes aux os, consécutives à des gommes datant de l'âge de seize ans.

Le 3e orteil du pied droit est raccourci par l'élimination de la première phalange.

L'index de la main gauche a perdu également sa première phalange. La sensibilité de ce doigt est diminuée : ce qui me porte à penser que, dans ce cas, il y a association d'une forme fruste de lèpre tropho-neurotique à la syphilis héréditaire.

Obs. XXXIX. — J'ai vu à Stung Treng (bas Laos) trois enfants atteints de syphilis héréditaire tardive :

1° Deux enfants, frère et sœur, âgés de 12 et 10 ans, avaient, l'un une grosse exostose du cubitus droit; l'autre, une exostose du cubitus à droite et une exostose du radius à gauche;

2° Une fille de 15 ans présentait une exostose de l'extrémité inférieure de l'humérus droit et sur chaque tibia une série d'hyperostoses depuis le plateau tibial jusqu'aux malléoles.

Ces trois enfants n'avaient aucune altération dentaire ou cornéenne.

Obs. XL. — Laotien, de Ban Muong Kai, âgé de 33 ans, présentant des manifestations de syphilis osseuse et cutanée depuis douze ans.

Sur douze frères ou sœurs, quatre seulement survivent. L'un d'eux, comme le malade, est atteint de syphilis héréditaire.

Obs. XLI. — Laotien, de 20 ans, vu à Pak Nam San, atteint à la fois de syphilis héréditaire et d'impaludisme chronique.

Infantilisme et nanisme : taille, 1 m. 20. La tête, énorme, est supportée par un cou très grêle. Le visage est pâle. Écrasement de la racine du nez.

Nombreuses cicatrices spécifiques sur les membres inférieurs.

Pas de déformation des tibias, d'altérations oculaires ou dentaires.

Il est impossible de savoir si la petitesse de la taille est imputable à la syphilis ou à l'impaludisme.

Obs. XLII. — Jeune femme de Ban Danalao (Laos), atteinte de syphilis héréditaire tardive.

Cicatrices cutanées et exostoses nombreuses.

L'enfant de cette femme, âgé de 2 ans, ne présente aucun signe de syphilis.

La mère de la jeune femme a une syphilis tertiaire en activité.

Obs. XLIII. — Jeune femme de Ban Sok (Laos), atteinte de syphilis héréditaire tardive depuis trois ans.

Hyperostose énorme des deux tibias et de l'extrémité inférieure des quatre os de l'avant-bras ; tuméfaction osseuse du coude droit.

Cicatrices syphilitiques périnasales et péribuccales.

Face pâle et bouffie : dégénérescence amyloïde probable.

La mère de cette jeune femme présente des déformations osseuses analogues.

Obs. XLIV. — Une Laotienne de Lakon peng (bas Laos), couturée de cicatrices de gommes craniennes, a deux enfants de 7 et 8 ans dont les tibias sont en lame de sabre.

Dans ce même village de 600 habitants environ, j'ai vu 8 cas de syphilis héréditaire tardive.

Obs. XLV. — Jeune fille annamite, examinée à Ban tat houa sang (Laos).

Éruption pustulo-crustacée disséminée sur tout le corps.

Pas de localisations oculaires, ni buccales. Pas d'exostoses. Douleurs et gonflement léger de quelques articulations, notamment des cous-de-pied.

La mère de cette jeune fille a des lésions ostéo-cutanées, manifestement syphilitiques (tibias, humérus droit, crâne).

Dans le même village, plusieurs cas de gonflement énorme des extrémités osseuses formant l'articulation du genou.

Obs. XLVI. — Laotienne adulte de Savanakek.

Syphilis héréditaire : nez en lorgnette; symphyse des quatre piliers du voile du palais; grande cicatrice palatine; aphonie.

Gommes au niveau des tibias et de l'os malaire droit.

Obs. XLVII. — Femme annamite d'une trentaine d'année, vue à Faï fo (Annam).

Nez en lorgnette d'aspect typique; le lobule ne dépasse pas le plan des joues.

Aucune manifestation buccale.

Sur les jambes, les genoux et les cuisses, nappes cicatricielles étendues alternant avec des ulcérations gommeuses en progression.

Longues crêtes chéloïdiennes maintenant la jambe en demi-flexion sur la cuisse.

Obs. XLVIII. — Jeune Annamite, âgé de 4 ans, vu à Faï fo (Annam).

Nez en lorgnette.

Ulcération tertiaire sur le coude droit.

Ulcère en bracelet faisant les trois quarts de la circonférence de la jambe droite au niveau de la jarretière.

Nombreuses cicatrices arrondies sur les régions fessières et trochantériennes.

Obs. XLIX. — Jeune Annamite vu à Thanh Binh (Annam), âgé de 12 ans, mais paraissant en avoir 7.

Syphilides pustulo-crustacées sur les membres et nombreuses cicatrices circulaires, notamment sur les fesses.

Iritis et synéchies de l'œil droit.

Obs. L. — Jeune fille annamite, paraissant âgée de 13 ans, bien qu'elle en ait 18.

Les deux jambes sont couvertes d'une cicatrice continue, superficielle, souple et brillante, sillonnée de crêtes chéloïdiennes; en plein tissu cicatriciel, sur la face externe de la jambe droite, quatre ulcères superficiels et arrondis. La cicatrice est limitée au-devant des genoux par une frange polycyclique. Au pourtour de celle-ci, îlots cicatriciels de diamètre d'une piastre sur les avant-bras. Nappes cicatricielles continues alternant avec des placards de syphilide tertiaire en activité.

Quelques cicatrices rondes sur les bras et sur le moignon des épaules.

Obs. LI. — Enfant de 2 ans, vu à Phu Dien, province de Thanh Hoa (Annam).

Syphilides orbiculaires de la face recouvertes les unes de rupia, les autres de croûtes d'aspect impétigineux. Placards confluents sur les bourses.

Ces accidents remonteraient à un an environ.

Le père a des ganglions épitrochléens volumineux et indolents. La seule manifestation spécifique certaine qu'il présente est une syphilis palmaire. L'accident initial, comme c'est la règle chez l'indigène, a passé inaperçu.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
PAR LES INJECTIONS DE CACODYLATE IODO-HYDRARGYRIQUE

Par MM. **Civatte** et **Fraisse** (1).

Depuis longtemps, l'arsenic a été associé au mercure dans le traitement de la syphilis.

De nombreuses formules ont été proposées ; la liqueur de Donovan, la solution d'arséniate de soude sont parmi celles qui ont été le plus souvent employées.

Les eaux minérales arsenicales ont donné aussi de bons résultats ; et bien des cures pénibles, traînantes, ont été rapidement menées à bien, lorsque le malade est allé les terminer à La Bourboule.

Le mercure, mal supporté jusque-là, était dès lors bien toléré, même à des doses considérables, et cette poussée, rebelle à une mercurialisation parfois intense, disparaissait souvent avec une rapidité surprenante, dès qu'au mercure venait s'ajouter l'arsenic.

Ce dernier médicament intervient-il directement ; a-t-il une action spécifique analogue à celle du mercure ? ou n'agit-il que sur le terrain ?

Et cette seconde hypothèse admise, la plus vraisemblable, en effet, dans quel sens se ferait cette action sur le terrain : en favorisant l'absorption du mercure ou, plus simplement, en tonifiant l'organisme, en exaltant ses moyens naturels de défense ?

C'est-à-dire : l'arsenic, au besoin, pourrait-il être employé seul ; ou n'est-il utilisable que combiné au traitement spécifique ?

Autant de questions qui n'ont guère été étudiées jusqu'à ce jour. Elles n'offrent pas qu'un intérêt purement théorique. Certes, le mercure restera toujours le médicament par excellence de la syphilis ; mais, dans quelques cas, il faut bien y renoncer et il serait précieux d'en posséder un autre, capable, au besoin, de le suppléer.

Et quand même il ne devrait jamais être qu'un médicament accessoire, à combiner toujours au mercure, nous devons, dans la lutte contre une affection aussi grave que la syphilis, ne dédaigner aucun auxiliaire, et il importe de connaître les ressources que nous offre celui-ci ; il importe surtout de savoir le faire intervenir à propos.

(1) Travail fait dans le service du Dr L. Brocq (hôpital Broca) et sous sa direction.

Voir la communication sur ce sujet par MM. les Drs Brocq, Civatte et Fraisse, à la séance de juillet 1901, à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, *Annales de dermatologie*, juillet 1901, p. 611.

Or, il ne nous semble pas que les indications de l'arsenic dans la syphilis aient été jamais nettement formulées.

Rollet, dans son excellent article SYPHILIS du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, signale à peine ce médicament, pour dire que les tisanes de Feltz, de Vigaroux, etc. qui en contiennent une certaine quantité, associée au sulfure d'antimoine, sont encore employées quelquefois dans les cas rebelles.

Vibert, dans le *Dictionnaire* de Jaccoud, le donne comme utile en cas de syphilides psoriasiformes.

Mauriac donne les mêmes indications ; il le conseille aussi dans les syphilis compliquées d'une dermatose ou de paludisme.

Finger conseille de même l'arsenic dans la syphilis des paludéens. Il l'ordonne aussi dans les anémies syphilitiques graves.

Les homéopathes lui accordent une plus large place. Jousset le donne dans le chancre phagédénique. Bähr déclare que l'arsenic est le seul médicament qui puisse arrêter les progrès d'un chancre gangreneux.

Jahr donne *arsenicum* pour les gommes syphilitiques.

En somme, nous n'avons trouvé nulle part un travail d'ensemble sur l'action de l'arsenic chez les syphilitiques. Il nous a paru qu'il y avait là une lacune. Nous voudrions essayer de la combler.

Un pareil travail comporte de longues recherches. Nous avons voulu nous attacher d'abord à l'étude des résultats cliniques immédiats que nous donnerait l'association de l'arsenic au mercure, et, depuis un an, nous l'avons systématiquement ordonné à nos malades de l'hôpital Broca-Pascal, dans le service de notre maître M. Brocq.

Il a fallu faire un choix parmi les nombreuses préparations arsenicales et mercurielles qui s'offraient à nous, et dont on pouvait varier à l'infini les combinaisons.

Pour cette première série de recherches, nous nous étions arrêtés d'abord à l'emploi du cacodylate de mercure.

Cette préparation offrait plusieurs avantages :

1° Elle renferme l'arsenic sous sa forme la plus usitée aujourd'hui et peut-être la plus active : l'acide cacodylique;

2° Elle contient à la fois les deux médicaments que nous voulions associer ;

3° Le mercure de ce sel est engagé dans une molécule organique. Or, depuis ces dernières années, on tend de plus en plus à admettre que les matières minérales des tissus y sont à l'état de combinaisons organiques, et, comme corollaire, on cherche à y introduire les médicaments sous une forme analogue. C'est, d'ailleurs, à cette tendance que répond l'emploi du cacodylate de soude lui-même.

Un des externes du service, M. Vayas, qui travaillait alors dans

le laboratoire de A. Gautier, se trouvait tout désigné pour instituer ces expériences.

Il a fait, avec l'un de nous, quelques recherches sur ce sel qui n'avait pas encore été employé en thérapeutique.

Il a été étudié en 1842 par Bunsen, dans ses recherches analytiques sur la liqueur fumante de Cadet.

Propriétés physiques. — C'est un sel blanc, cristallisé, hygrométrique, soluble dans l'eau froide, moins soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther. Les solutions étendues se décomposent à la chaleur et à la lumière.

Propriétés chimiques. — Ses solutions sont acides au tournesol et à la phtaléine.

En présence des alcalis, le cacodylate d'hydrargyre donne un précipité jaune d'oxyde de mercure.

En présence des sulfures alcalins et de l'hydrogène sulfuré, il donne un précipité noir de sulfure de mercure et de sulfure de cacodyle.

Le protochlorure d'étain donne une réduction du mercure, avec dégagement de cacodyle.

Une lame de cuivre plongée dans une solution de ce sel s'amalgame.

C'est un sel acide, dont la composition est donnée par la formule suivante :

$$\left(\begin{array}{l} O{=}As \begin{cases} CH^3 \\ CH^3 \\ O \end{cases} \\ O{=}As \begin{cases} CH^3 \\ CH^3 \\ OH \end{cases} \end{array}\right)^{2} Hg = 750 \text{ (poids moléculaire).}$$

Sa composition centésimale est :

26,66 p. 100 de mercure.
40 — d'arsenic.

On l'obtient en combinant directement l'oxyde de mercure à un excès d'acide cacodylique, ou en opérant par double décomposition des sels solubles.

Toxicologie. — Si, dans un tube à essai, on mêle du sang défibriné, étendu dans trois ou quatre fois son volume d'eau distillée, et une solution de cacodylate d'hydrargyre, on obtient un précipité de matières albuminoïdes d'autant plus abondant que la solution est plus concentrée.

Il fallait en conclure que l'introduction de ce sel dans un vaisseau pouvait n'être pas sans danger. Nous avons voulu vérifier expérimentalement le fait. Nous avons injecté 2 centigrammes de cacodylate d'hydrargyre dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin de 2 kilogrammes. Nous n'avons pas produit d'embolie ; mais le lapin est mort en quelques heures avec des convulsions.

Injecté dans le tissu sous-cutané, la cacodylate d'hydrargyre nous a paru beaucoup moins toxique. Il faut une dose de 15 centigrammes de ce sel pour tuer un lapin de 2 kilogrammes.

Malheureusement, lorsque nous avons voulu injecter une solution de cacodylate d'hydrargyre à nos malades, ces injections ont été fort douloureuses, et il a fallu y renoncer.

L'un de nous (Fraisse) eut alors l'idée de neutraliser ce sel acide par de la soude. Mais, en présence d'un alcali, ce sel donne un précipité d'oxyde de mercure. Il a fallu employer un procédé détourné.

Voici la technique adoptée :

On dissout 1 gramme de cacodylate d'hydrargyre, et 2 grammes d'acide cacodylique dans 75 grammes d'eau distillée. On dissout, d'autre part, 1 gramme d'iodure de sodium dans 5 grammes d'eau distillée. On mélange les deux solutions. On neutralise le tout par de la soude caustique diluée. Et on ajoute de l'eau distillée pour avoir 100 centimètres cubes de liqueur.

L'iodure de sodium, en présence du cacodylate d'hydrargyre, donne du biiodure d'hydrargyre qui se dissout dans un excès de réactif.

La réaction est indiquée par la formule :

$$\left(\begin{matrix} O{=}As\begin{cases}CH^3\\CH^3\\O\end{cases} \\ O{=}As\begin{cases}CH^3\\CH^3\\OH\end{cases}\end{matrix}\right)^2 Hg + 2NaI + 2NaOH = HgI^2 + 4\left(O{=}As\begin{cases}CH^3\\CH^2\\ONa\end{cases}\right) + 2H^2O$$

Nous obtenons ainsi une solution parfaitement limpide, très stable, que nous pouvons stériliser à l'autoclave à 120° pendant vingt minutes, et qui ne se décompose pas à la lumière.

A vrai dire, ce n'est plus du cacodylate de mercure ; mais ce que nous cherchions, c'était moins une nouvelle combinaison hydrargyrique, que l'association du mercure et de l'arsenic. Nous l'obtenons commodément sous cette forme, et les deux médicaments sont absorbés à la fois : or, il n'est pas inutile de simplifier le plus possible un traitement.

Le calcul, d'après la formule ou par la méthode des pesées directes, nous indique ce que contient de substances actives un centimètre cube de la liqueur ainsi obtenue, correspondant à 3 centigrammes de cacodylate iodo-mercurique.

Nous trouvons :

1° 4 milligr., 7 de biodure d'hydrargyre ;

2° 4 milligr., 7 d'iodure de sodium ;

3° 3 centigrammes environ de cacodylate de soude.

Mode d'emploi. — On sait, depuis les travaux de M. le Pr Gautier, que le cacodylate de soude, pris par le tube digestif, se réduit en oxyde de cacodyle, substance toxique, à forte odeur alliacée, sous

l'influence des sulfures, ou des agents réducteurs microbiens contenus dans l'intestin. Il semblait donc, *a priori*, que le cacodylate iodo-hydrargyrique serait beaucoup mieux supporté en injections hypodermiques que par le tube digestif.

Il fallait, cependant, vérifier le fait.

Nous avons institué quelques expériences sur ce point. Mais nous n'avons pas longtemps persisté, les résultats nous ayant paru assez peu satisfaisants : sur 6 cas, nous avons eu deux fois de la diarrhée. L'une de ces deux malades, il est vrai, en avait eu déjà avant son traitement ; mais cette diarrhée a cessé lorsque nous avons supprimé le cacodylate iodo-mercurique pour reparaître avec une reprise du traitement, et cesser de nouveau lorsque nous avons remplacé le cacodylate par la liqueur de Van Swieten.

Un troisième malade a présenté non plus de la diarrhée, mais une sorte de crise gastrique avec douleurs, vomissements sanguinolents, arrivant à l'intolérance absolue de l'estomac. Mais il s'agissait d'une nerveuse. Ces phénomènes ont cessé brusquement devant la menace d'injections sous-cutanées du sérum artificiel, et l'on peut se demander si notre cacodylate est bien en cause ici.

Nous n'avons cependant pas continué ces essais et nous avons surtout administré le cacodylate iodo-hydrarygique par voie hypodermique.

Nous y trouvions, d'ailleurs, un réel avantage au point de vue de la fidélité de notre statistique : nous étions sûrs que le traitement serait suivi exactement.

Doses. — Nous avons toujours commencé nos traitements par la dose de 1 centimètre cube de notre solution, correspondant à 3 centigrammes de cacodylate, et en fin de compte près de 5 milligrammes de biiodure environ.

Dans quelques cas, nous nous sommes tenus à cette dose. Puis, après quelques insuccès, nous avons élevé la dose à 2 centimètres cubes de la solution c'est-à-dire à 1 centigramme de biiodure.

Nous avons toujours trouvé une tolérance parfaite et nous avons dès lors employé systématiquement cette dose chez tous nos malades, bien que la dose de 1 centimètre cube de liqueur ait paru souvent suffisante, même dans des cas rebelles.

Nous sommes convaincus que, dès la seconde ou la troisième injection, on peut arriver à 2 centimètres cubes.

Si l'on compte que nos recherches ont été faites sur des femmes dont le poids moyen variait de 50 à 65 kilogrammes (l'une d'elles ne pesait que 37 kilogrammes), il est permis de supposer que, chez des hommes vigoureux, on pourrait sans inconvénient dépasser encore cette dose.

Manuel opératoire. — Nous faisons nos injections dans la région

classique des injections mercurielles, c'est-à-dire à la partie supérieure et externe des fesses. L'aiguille est enfoncée perpendiculairement.

Nous en avons essayé de différentes longueurs, c'est-à-dire que nous avons fait des injections plus ou moins superficielles, et des injections intramusculaires. Les injections superficielles nous ont paru plus douloureuses, et laissaient souvent des nodosités gênantes. Nous avons choisi, définitivement, des aiguilles de 4 centimètres de longueur. Quant aux précautions à prendre, ce sont celles adoptées en pareil cas (savon, sublimé, éther, etc.).

Nous n'avons jamais imposé à nos malades le repos au lit. Presque toutes continuaient, dans la journée, à aider au service des salles. Les malades de la consultation partaient immédiatement après leurs piqûres. Aucune n'a interrompu son travail.

Nos essais ont porté sur 60 malades. Voulant comparer l'efficacité de notre méthode à celle des méthodes ordinaires, nous avons cherché à l'appliquer, autant que nous avons pu, au traitement des syphilis qui nous paraissaient devoir être malignes, tenaces, ou qui avaient déjà fait leurs preuves, c'est-à-dire résisté aux méthodes usuelles : frictions mercurielles, liqueur de Van Swieten, injections d'huile biiodurée ou de calomel.

Mais ces cas sont loin d'être fréquents, et il a bien fallu faire entrer dans notre statistique un grand nombre de syphilis absolument banales, à la période secondaire ou tertiaire.

Ces cas ne peuvent servir, comme les précédents, à établir l'efficacité de notre méthode; mais ils nous ont permis d'étendre le champ de nos observations, et, à ce titre, ils sont précieux, car ils établissent la tolérance parfaite de l'organisme pour notre cacodylate iodohydrarygique. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur ce sujet.

Nous avons classé nos observations par ordre chronologique, au point de vue de l'âge de la syphilis que nous avons à traiter.

Nous avons ainsi formé 7 séries :

I. — Syphilis secondaires banales plus ou moins rebelles.
II. — — — à type acnéique.
III. — — malignes précoces.
IV. — — tertiaires gommeuses.
V. — — à type tuberculeux, ulcéro-croûteux, avec leucoplasie buccale.
VI. — Cas hybrides de syphilis compliquée d'une dermatose quelconque.
VII. Accidents parasyphilitiques.

Quelques-unes de ces observations ont été recueillies par M. Vayas. La plupart ont été recueillies par nous après son départ.

I. — SYPHILIS SECONDAIRES BANALES.

Obs. I (recueillie par M. Vayas). — Marie C..., 18 ans, domestique. Salle Cullerier, n° 35.

Entre le 20 octobre 1900. Syphilides buccales; syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve ; syphilides papuleuses des membres inférieurs.

20 injections de 1 centimètre cube. Le 26 novembre 1900, les lésions ont entièrement disparu.

Poids : 52 kilogrammes à l'entrée ; à la sortie, 57 kilogrammes. Pas de douleur.

Obs. II (Vayas). — Angèle V..., 22 ans, domestique. Salle Cullerier, n° 2.

Entre le 29 octobre 1900. Adénopathie inguinale à droite ; œdème dur de la grande lèvre droite, avec syphilides papulo-hypertrophiques développées probablement à la place du chancre.

17 injections de 1 centimètre cube. La malade sort guérie.

Poids à l'entrée : 70 kilogrammes ; à la sortie, 72 kilogrammes. Pas de douleur.

Obs. III (Vayas). — Marie F..., 30 ans. Salle Cullerier, n° 26.

Entre le 26 novembre 1900. Syphilide pigmentaire du cou, alopécie; état cachectique; céphalée nocturne; syphilides en nappe des grandes lèvres ; syphilides papulo-squameuses des membres supérieurs.

23 injections de 1 centimètre cube. A la 4e, la céphalée a disparu. Dès la 15e les syphilides papuleuses sont remplacées par de simples taches. La malade sort le 23 décembre très améliorée.

Poids à l'entrée : 48 kilogrammes; à la sortie, 51 kilogrammes. Les deux premières injections sont douloureuses ; les suivantes ne le sont pas.

Obs. IV (Vayas). — B. A..., 29 ans, polisseuse.

Entre le 4 juin 1901. Syphilides buccales et vulvaires; éruption papuleuse généralisée.

30 injections de 1 centimètre cube. La malade sort améliorée ; l'éruption a pâli ; les éléments sont affaissés.

Poids à l'entrée : 43 kilogrammes ; à la sortie, 46 kilogr. 500.

Obs. V (Vayas). — D. B..., 17 ans, cartonnière. Salle Natalis, n° 28.

Entre le 1er février 1901. Éruption généralisée de papules ayant envahi le visage et le cuir chevelu. Iritis.

30 injections de 1 centimètre cube. La malade sort à ce moment avec de simples taches fauves; l'iritis a disparu.

Obs. VI. — B..., 18 ans, fleuriste. Salle Natalis, n° 5.

Entre le 22 avril 1901. Roséole ; syphilides papulo-érosives de la vulve ; syphilides amygdaliennes. La malade est traitée jusqu'au 21 mai par la liqueur de Van Swieten sans résultat appréciable. On essaie le traitement par le cacodylate.

2 injections de 1 centimètre cube ; 15 injections de 2 centimètres cubes. Elle sort le 10 juin très améliorée. Le 19 mai, la roséole avait déjà commencé à s'effacer. Le 7 juin, il n'y a plus de syphilides buccales.

Poids à l'entrée : 50 kilogr. 500 ; à la sortie, 54 kilogr. 500. Les injections ne sont pas douloureuses.

Obs. VII. — D..., 19 ans, lingère. Salle Cullerier, n° 11.

Entre le 31 mai 1901. Chancre en janvier. A l'entrée, syphilides amyg-

daliennes; roséole discrète. A la vulve, syphilides papulo-hypertrophiques et végétations.

5 injections de 1 centimètre cube; 11 injections de 2 centimètres cubes. Sort le 22 juin. Amélioration des syphilides amygdaliennes; la roséole est atténuée, les syphilides vulvaires persistent.

Poids : 46 kilogrammes à l'entrée; à la sortie, 45 kilogr. 200. Injections un peu douloureuses; la douleur persiste pendant une heure.

Obs. VIII. — H..., 27 ans, domestique. Salle Cullerier, n° 26.

Entre le 15 juin 1901 avec une roséole au début.

4 injections de 1 centimètre cube; 5 injections de 2 centimètres cubes. Elle pesait à l'entrée, 41 kilogr. 200; à la sortie, 42 kilogr. 400. Elle demande à quitter l'hôpital. Les injections ont été bien supportées et n'occasionnaient ni douleur ni nodosité.

Obs. IX. — B..., 22 ans, domestique. Salle Cullerier, n° 2.

Entre le 8 juin 1901, grossesse de quatre mois et demi. Chancre de la gencive au niveau des incisives supérieures. Roséole avec quelques papules disséminées.

2 injections de 1 centimètre cube; 9 injections de 2 centimètres cubes.

Sort le 26 juin, l'éruption a pâli.

Poids à l'entrée : 54 kilogrammes; à la sortie, 55 kilogr. 400.

Injections douloureuses ; la douleur persiste pendant deux heures.

Obs. X. — D..., 18 ans, domestique. Salle Natalis, n° 6.

Entre le 3 juin 1901. Syphilides amygdaliennes; syphilides pigmentaires du cou; syphilides papulo-squameuses des membres inférieurs.

6 injections de 1 centimètre cube; 8 injections de 2 centimètres cubes.

Sort le 22 juin; les papules sont affaissées; il ne reste à leur place que des macules à peine teintées. Pas d'augmentation de poids. Quelques injections sont suivies d'une douleur légère qui dure une heure environ.

Obs. XI. — R..., 20 ans, couturière. Salle Cullerier, n° 5.

Entre le 10 juin 1901 ; 4 chancres indurés.

13 injections, dont 1 de 2 centimètres cubes.

Sort le 26 juin; la roséole n'a pas encore apparu ; les chancres sont guéris.

Poids : 54 kilogrammes à l'entrée; 55 kilogr. 400, à la sortie. Les injections sont un peu douloureuses, quelquefois suivies d'un nodule qui persiste jusqu'au lendemain.

Obs. XII. — J..., 22 ans. Salle Cullerier, n° 9.

Entre le 21 juin 1901. Syphilides de la région ano-périnéale.

5 injections de 1 centimètre cube. La malade demande à quitter le service.

Obs. XIII. — B..., 18 ans, cuisinière. Salle Natalis, n° 25.

Entre le 9 juin. Gale; syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve.

3 injections de 1 centimètre cube; 12 injections de 2 centimètres cubes. A la 15e, stomatite qui dure deux jours. La malade refuse de continuer le traitement. Les lésions sont améliorées; les premières injections ont été un peu douloureuses.

Obs. XIV. — A..., ménagère, 19 ans. Salle Cullerier, n° 1.

Entre le 22 juin. Syphilis datant de deux ans, déjà traitée par la liqueur de Van Swieten. Roséole de retour, circinée.

La malade est déprimée, elle souffre de métrite. 30 injections de 1 centimètre cube. Le 28 juillet, la roséole n'est plus visible ; la malade est un peu moins déprimée.

Obs. XV. — L. E..., journalier, 51 ans. Consultation.

Entre le 17 juin 1901. Chancre induré de la langue. Malade déprimé.

13 injections de 2 centimètres cubes. On interrompt pendant deux jours à cause d'une gingivite légère. Puis on refait 7 injections de 1 centimètre cube. Le 19 juillet, apparition d'une roséole très discrète. Le malade ne peut plus continuer à venir à la consultation ; on le met à la liqueur de Van Swieten ; il est beaucoup moins déprimé.

Obs. XVI. — C..., domestique. Salle Natalis, n° 8.

Entre le 21 juin 1901. Syphilides pigmentaires du cou ; syphilis amygdalienne. Sur le corps, une éruption papuleuse discrète.

4 injections de 1 centimètre cube. Les injections sont douloureuses avec engourdissement de la jambe. On suspend le traitement.

Obs. XVII. — X..., étudiant en médecine, 24 ans. Consultation.

Chancre induré du méat. Roséole. Traitement par la liqueur de Van Swieten, 30 à 40 grammes par jour, pendant quinze jours. Apparition de syphilides buccales. Le malade prend des pilules de protoiodure (0 gr. 10 par jour), pendant quinze jours. En dépit du traitement, l'éruption continue à s'étendre. Apparition de papules aux organes génitaux.

21 injections de cacodylate dont 14 de 2 centimètres cubes. Elles ne sont pas douloureuses. Dès la septième, amélioration sensible. A la vingt et unième les papules ont disparu ; les syphilides buccales sont en voie de guérison, bien que le malade n'ait pas cessé de fumer.

Obs. XVIII. — L..., 18 ans. Salle Natalis, n° 41.

Entre le 9 septembre 1900. Syphilides vulvaires ; roséole.

Traitement pendant quatre mois à la liqueur de Van Swieten (pas d'amélioration). On fait 3 injections de cyanure de mercure à 1 centigramme ; elles sont fort douloureuses et donnent des nodules.

Au 30 mars 1901, en plus des syphilides vulvaires, la cavité buccale est tapissée de plaques muqueuses.

Traitement par le cacodylate : 36 injections dont 24 doubles ; toutes sont bien supportées, à part les dernières, un peu douloureuses.

Lorsque la malade quitte l'hôpital, sa bouche est entièrement guérie. Les syphilides de la vulve en voie de cicatrisation.

Obs. XIX. — E. V., 19 ans. Salle Cullerier, n° 31.

Entre le 9 mai 1901. Chancre il y a trois mois ; roséole ; syphilides papuleuses sur le corps ; syphilides buccales érosives ; syphilides papulo-érosives aux organes génitaux. On a fait pendant un mois des injections d'huile grise ou de calomel (?).

18 injections de cacodylate de 2 centimètres cubes.

Traitement bien supporté ; injections peu douloureuses. Le 10 juin, à la sortie, simples macules qui commencent à blanchir.

II. — SYPHILIS SECONDAIRES A FORME ACNÉIQUE.

Obs. XX. — Ch..., fleuriste, 18 ans. Consultation.

Présente, le 20 juin 1901, une éruption polymorphe sur tout le corps,

très marquée au niveau des jambes. Prédominance d'éléments acnéiques. A la vulve, ulcération polycyclique, adénite avec pléiade ganglionnaire. Le diagnostic est hésitant entre une éruption de syphilides ou une éruption de tuberculides.

La malade est pâle, maigre, avec des adhérences cervicales en évolution et des cicatrices étoilées des deux côtés du cou.

Le père et le frère toussent. L'auscultation ne permet pas de trouver des lésions dans le poumon. On essaie le traitement d'épreuve ; la malade pèse alors 48 kilogrammes.

A la quinzième injection de cacodylate iodo-hydrargyrique les forces ont augmenté, mais l'éruption continue à s'étendre. Quelques éléments prennent l'aspect de l'ecthyma.

A la vingt-cinquième injection la malade pèse 50 kilogrammes, mais les lésions évoluent toujours ; on essaie les frictions pendant huit jours sans résultat. On cesse le traitement spécifique et la malade est envoyée à la campagne.

Obs. XXI (Vayas). — V. B..., couturière. Salle Natalis, n° 9.

Entre le 2 octobre 1900. Sur tout le corps, éruption de syphilides papulo-miliaires à type acnéique, syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve.

22 injections de 1 centimètre cube. A la sortie, fin novembre 1900, les lésions ont à peu près disparu.

Poids à l'entrée, 65 kilogrammes ; à la sortie, 70 kilogrammes.

Obs. XXII. — B..., 22 ans, couturière. Salle Natalis, n° 44.

Entre le 9 juin 1901. Chancre phagédénique du col; éruption acnéique généralisée surtout sur le dos.

25 injections à 1 centimètre cube; 25 à 2 centimètres cubes. Traitement très bien supporté à tous les points de vue. Elle sort le 23 mai; ses lésions sont cicatrisées.

Obs. XXIII. — N..., 20 ans, fille de salle. Salle Cullerier, n° 3.

Entre en août 1900. Au 22 septembre 1900, éruption généralisée et confluente à la figure par des éléments tuberculo-croûteux. Aspect léontiasique. A ce moment on lui fait 12 injections de sérum de Brissaut ; pas de résultat. On la met à la liqueur de Van Swieten; survient une stomatite intense. Repos, puis frictions pendant un mois avec l'onguent napolitain ; toujours pas d'amélioration. On essaie 15 injections de cyanure à 1 centigramme ; on cesse, elles sont très douloureuses et la malade ne peut pas les endurer. Enfin, vers fin janvier 1901, nouvelle éruption papulo-squameuse, débutant par le dos et s'étendant à la face. Rien à la vulve.

27 injections de cacodylate à 1 centimètre cube ; cette malade, bien que n'ayant pas de stomatite, supporte médiocrement le traitement. Elle maigrit et perd l'appétit chaque fois qu'on lui administre du mercure. Bien que les injections soient moins douloureuses que celles de cyanure, nous ne pouvons la décider à continuer le traitement.

A la vingt-septième injection, amélioration notable des lésions. La malade sort le 30 mai, ne présentant plus que des cicatrices encore rouges et ses tuberculoses.

Cette malade a toujours mal supporté le mercure (inappétence, asthénie,

amaigrissement). Ces phénomènes, bien que sensibles, ont été moins accusés avec le cacodylate iodo-hydrargyrique.

Obs. XXIV. — R..., 23 ans, domestique. Salle Natalis, n° 2.

Entre le 12 juin 1901. Roséole et syphilide acnéique des jambes ; syphilides papulo-érosives de la vulve.

30 injections de 2 centimètres cubes. Sort le 12 juillet avec une amélioration assez peu sensible.

Obs. XXV. — S..., 22 ans, couturière. Salle Natalis, n° 10.

Entre le 28 juin 1901. Chancre induré de la grande lèvre gauche. Éruption acnéique disséminée.

15 injections de 2 centimètres cubes; sort le 23 juillet sans amélioration sensible.

Obs. XXVI. — A. R., 30 ans, ménagère. Salle Natalis, n° 22.

Entre le 5 septembre 1900. Chancre induré en septembre 1900 et syphilides vulvaires. On la traite pendant deux mois par la liqueur de Van Swieten sans résultat. Survient de l'iritis ; on lui fait 15 frictions mercurielles, sans résultat. On essaie 20 injections de cyanure à 1 centimètre cube. A cette époque, c'est-à-dire en janvier 1901, elle offre une éruption papulo-squameuse débutant par le dos et s'étendant à la face qui est très tuméfiée. Rien à la vulve.

46 injections, dont 28 de 2 centimètres cubes; ce traitement est bien supporté à la fin surtout. Le 21 ou 22 juin, elle est contrainte de quitter l'hôpital à cause des habitudes d'alcoolisme qu'elle a conservées, malgré toute surveillance.

A la sortie, il y a amélioration sensible au visage ; cette amélioration est bien moins sensible dans le dos.

III. — SYPHILIS MALIGNES PRÉCOCES.

Obs. XXVII. — X..., femme de 35 ans environ, malade de ville. Syphilis, ignorée grave; syphilides érosives de la gorge, actuellement syphilides papuleuses disséminées; syphilides tuberculo-gommeuses ulcérées de la jambe; périostite des tibias. Dénutrition marquée, affaiblissement tel qu'il lui est impossible de marcher; albuminurie légère.

20 injections de 1 centimètre cube.

En apparence guérie, reprise totale des forces, augmentation notable du poids. Des injections ayant été faites dans le tissu sous-cutané ont laissé des nodules assez douloureux.

Obs. XXVIII. — Jeune homme, 23 ans, malade de ville. A eu un chancre de la lèvre il y a six mois ; est atteint aujourd'hui de syphilis maligne térébrante. A partir du 3 juillet 1901, traitement par le cacodylate iodo-hydrargyrique. A la cinquième injection, les lésions cessent de s'étendre ; à la neuvième, tous les ulcères sont en voie de cicatrisation.

Obs. XXIX. — A..., modiste, 42 ans. Consultation.

Entre le 11 juin 1901. Date de l'infection, inconnue. Éruption généralisée de syphilides papuleuses; douleurs rhumathoïdes.

Vingt injections de 2 centimètres cubes. Dès la douzième, les douleurs rhumatoïdes ont disparu ; à la vingtième, les papules se sont affaissées : il ne reste que des macules brunâtres, et on la met au traitement par la liqueur de Van Swieten. — Le 15 septembre, elle rentre dans le service,

salle Vidal nº 15, pour une gomme de la face interne de la jambe droite. On ordonne des frictions et on lui fait prendre de l'iodure de potassium : la gomme est aujourd'hui en voie de cicatrisation.

Remarque. — La date de l'accident primitif est inconnue. La généralisation de l'éruption traitée en juin indique une infection récente. On est donc en présence d'un cas de tertiarisme précoce. Le cacodylate a fait disparaître très rapidement la première manifestation ; la liqueur de Van Swieten a été impuissante à prévenir le deuxième. Si on avait continué le cacodylate, aurait-on eu de meilleurs résultats ? Il est difficile de le dire.

Obs. XXX (Vayas). — L. J., blanchisseuse. Salle Natalis nº 12.

Entrée 12 décembre 1900. Infection remontant à six mois. Aspect cachectique. Aux avant-bras et sur le dos, syphilides térébrantes variant entre le volume d'une noisette et celui d'un pois. Onixis.

20 injections de 1 centimètre cube. La malade quitte l'hôpital le 4 janvier 1901 ; l'amélioration est considérable, les lésions sont en pleine voie de cicatrisation ; les ongles repoussent ; elle a augmenté de 6 kilogrammes (48 kilogrammes à 54 kilogrammes).

Obs. XXXI. — D..., 30 ans, pâtissier. Consultation.

En janvier 1901, amygdalite intense à droite avec adénite cervicale correspondante, le tout dure environ deux mois. Apparition de syphilides muqueuses et cutanées typiques. Traitement par la liqueur de Van Swieten, puis par le protoiodure associé à l'iodure de potassium. Cependant, l'éruption s'étend toujours et les éléments commencent à s'ulcérer. Le malade vient à notre consultation le 10 juillet. Éruption à type acnéique, discrète au visage, sur le tronc et sur les bras ; confluente aux jambes. Là, les éléments deviennent pustuleux et on trouve tous les types de transition entre l'élément acnéique et la gomme véritable. Rien aux muqueuses.

17 injections de 2 centimètres cubes ; l'éruption continue d'abord à progresser ; des ulcères de la dimension d'une pièce de 2 francs arrivent à confluer ; puis, vers la douzième piqûre, le processus paraît s'arrêter. Le malade forcé de s'absenter demande un autre traitement. On lui ordonne des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium. Le 1er octobre, il revient presque entièrement guéri.

Obs. XXXII. — B..., 19 ans. Salle Natalis, nº 39.

Syphilides papulo-croûteuses à forme acnéique, groupées en corymbe sur le thorax et dans le dos ; syphilides amygdaliennes. Infantilisme. Un groupe confluent, au sourcil, simulant l'impétigo. Rien au cœur, rien au poumon.

21 injections dont cinq doubles. Traitement fort bien supporté, deux nodules qui ont eu de la persistance, néanmoins pas de douleur intense.

En huit jours disparition des croûtes du cuir chevelu ; les autres éléments se flétrissent un peu. En trois semaines, cicatrisation du cuir chevelu ; les autres éléments sont stationnaires, de 37 kilogrammes à 37 kilogr. 900.

On fait encore 13 injections de 2 centimètres cubes, puis une nouvelle poussée généralisée de syphilides survient avec le type ulcéro-croûteux ; elle s'étend surtout aux jambes. On ordonne des frictions mercurielles avec 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Au bout d'un mois, les éléments commencent à se sécher. En octobre, les premiers groupes en corymbe

n'ont laissé que des macules brunâtres. Les éléments ulcéreux qui sont guéris ont laissé des cicatrices superficielles; ils sont encore pour la plupart recouverts d'une croûte épaisse, l'état général est bon; elle pèse 40 kilogr. 620.

Remarque. — Il s'agit d'une forme particulièrement maligne et les frictions mercurielles n'ont en somme pas donné de meilleurs résultats que le cacodylate.

IV. — SYPHILIDES TERTIAIRES. — GOMMES.

Obs. XXXIII. — B..., 42 ans. Salle Cullerier, n° 8.

Syphilis datant de quinze ans, gomme ouverte de la lèvre supérieure.

11 injections de 1 centimètre cube; 12 de 2 centimètres cubes, pas d'iodure. Au bout de trois semaines, la cicatrisation est terminée. Elle rentre le 5 juillet pour une gomme au niveau de la malléole interne du pied gauche. Frictions mercurielles et iodure. La guérison n'est complète qu'à la fin d'août.

Remarque. — Ici encore le cacodylate n'a pas empêché une récidive; mais le traitement par les frictions et l'iodure nous a paru, par la durée de la cure, inférieure en efficacité au traitement par le cacodylate (sept semaines au lieu de trois).

Obs. XXXIV. — G..., 24 ans. Salle Cullerier, n° 15.

Entre le 28 mai 1901. En 1898, syphilis et albuminurie. — Elle vient nous consulter pour une gomme ulcérée située sur la partie externe de la jambe droite. Cette ulcération, taillée à pic, a la dimension d'une pièce de 2 francs. En outre, ulcération de l'amygdale, albumine.

12 injections, dont 8 de 2 centimètres cubes. Pas de nodules, douleur fort supportable qui dure deux heures au maximum.

A la huitième injection, l'ulcération amygdalienne a entièrement disparu. L'albumine a également disparu. A la douzième, l'ulcération de la jambe n'est pas entièrement fermée; mais elle est comblée. A la vingtième, la cicatrisation est complète.

Obs. XXXV.— Femme de 45 ans, malade de ville. Syphilis ignorée; gommes multiples des deux seins, avec syphilides tuberculo-gommeuses du nez.

12 injections de 1 centimètre cube. Les injections ont été, chez cette femme, ort douloureuses. Nous lui avons fait, pour compléter la cure, 6 injections de benzoate de mercure cocaïné.

Après nos 12 injections de cacodylate, cette femme a été améliorée dans des proportions considérables. Elle a quitté Paris dans un état de santé relativement satisfaisant.

Obs. XXXVI. — B.... 22 ans, couturière.

Entre le 24 mai 1901. Salle Cullerier, n° 19. Dacryocystite, probablement par périostite gommeuse. Iritis (collyre atropiné). Traitement par l'iodure de potassium. Le 25 mai, apparition d'éléments papulo-squameux.

13 injections dont neuf doubles. Diarrhée à la treizième, potion au bismuth. On suspend le traitement.

Le 26 juin, il n'y a plus qu'une simple macule squameuse; l'œil s'améliore progressivement. Cette malade a peu varié de poids, mais elle a diminué: 49 kilogrammes, le 24 mai; 48 kilogr. 100, le 15 juin.

V. — FORMES ULCÉREUSES ET TUBERCULO-CROUTEUSES, GLOSSITES.

Obs. XXXVII. — M. R.., 36 ans, couturière. Entre le 2 juin 1901.

Syphilis ignorée. Elle présente actuellement, sur les lèvres inférieure et supérieure, des éléments papulo-croûteux. Leucoplasie buccale, glossite superficielle, mais évoluant vers la profondeur.

8 injections, dont 7 de 2 centimètres cubes. Pas d'iodure de potassium à l'intérieur.

Cette malade demande à cesser son traitement, un peu à cause des nodules qui lui font mal, mais surtout parce qu'elle refuse d'admettre la spécificité de ses lésions.

Malgré ce court traitement, les éléments des lèvres ont disparu, il ne reste plus qu'une simple macule; pas d'amélioration sensible de la langue.

Obs. XXXVIII. — P..., 24 ans. ajusteur. Consultation.

Entre le 24 mai 1901.

Syphilis remontant à trois ans, déjà traitée. A chaque essai de traitement par la liqueur de Van Swieten, on doit interrompre pour cause de stomatite. Au 24 mai, il présente au visage et à la nuque des syphilides tuberculocroûteuses groupées sur le visage et à la nuque avec tendance à la circination.

20 injections, dont 18 de 2 centimètres cubes. Traitement bien supporté à tous points de vue et, chose remarquable, sans stomatite.

A la huitième injection, les croûtes ont disparu; à la douzième, il ne reste plus que de simples macules fauves, à peine visibles.

Obs. XXXIX. — R..., 43 ans, couturière. Consultation.

Entre le 11 juin 1901.

Syphilis contractée à 23 ans, déjà traitée. Actuellement, syphilide circinée de la nuque, à forme d'ellipse à grand axe vertical, incomplètement fermée; bord papuleux, assez étroit; les deux tiers inférieurs de ce bord sont couverts de croûtes. Le centre est sain, un peu pigmenté; on pourrait presque songer à une tricophytie circinée.

13 injections, dont 4 de 2 centimètres cubes bien supportées.

A la huitième les croûtes ont disparu, à la treizième le bord se dessine encore rouge; mais il n'y a plus d'infiltration.

Obs. XL. — C. B..., 34 ans. Salle Natalis, nº 19. Entre le 29 mai 1900.

Elle a déjà été traitée, il y a dix ans, pour une roséole syphilitique. Elle vient en mai 1900 nous consulter; elle présente une syphilide circinée dans le dos, avec quelques éléments isolés.

15 injections de 1 centimètre cube.

La malade, à la sortie, a ses lésions cicatrisées.

Obs. XLI. — V..., 58 ans, professeur de chant. Consultation. Entre le 5 juin 1901.

Syphilis à 26 ans. Vient à la consultation pour une syphilide tuberculo-ulcéreuse au niveau de la commissure des lèvres, envahissant une partie de la joue. Glossite superficielle et leucoplasie.

21 injections de 2 centimètres cubes (sans iodure de potassium à l'intérieur).

Cicatrisation complète. La glossite ne s'est pas sensiblement modifiée.

Obs. XLII. — R..., 45 ans, représentant de commerce. Consultation. A

été aux colonies en 1883 (fièvre paludéenne) ; a encore de temps en temps des accès. En 1895, chancre. Entre le 10 juillet : accidents secondaires très bénins traités par le protoiodure. Une seconde poussée il y a trois mois : 2 cuillerées par jour de sirop de Gibert (salivation). La poussée actuelle date d'un mois et demi environ ; elle est assez disséminée, on trouve des groupes aux bras, aux jambes et sur le tronc. Il s'agit de syphilides circinées en arceaux conjugés. La langue présente 2 sillons et commence à se créneler au contact des incisives inférieures ; elle n'a pas encore l'aspect franchement leucoplasique.

22 injections de 2 centimètres cubes. Le 9 août, il ne reste plus que des cicatrices. On ordonne alors la liqueur de Van Swieten. Le 2 octobre, il revient présentant une poussée beaucoup plus intense qu'à la première de syphilides circinées tuberculo-croûteuses. On va lui redonner le traitement au cacodylate.

Même remarque que pour l'observation XXIX.

Obs. XLIII. — L..., caissière. Consultation. Syphilis ignorée remontant à vingt-cinq ans (elle a fait alors une fausse couche) ; elle a eu depuis un enfant très bien portant. Il y a trois ans, à la suite de surmenage, elle est atteinte d'une neurasthénie profonde qui va toujours en augmentant depuis. Les injections de cacodylate de soude sont douloureuses et sans effets appréciables. En octobre 1900, apparition au niveau de la joue gauche d'un « bouton » qui s'étend. Des courants de haute fréquence sont essayés sans succès ; elle se présente à la consultation le 26 juin.

Malade déprimée, sans appétit, amaigrie. Deux groupes arrondis de syphilides papulo-tuberculeuses sur la joue ; l'un empiète sur le lobule de l'oreille. Quelques croûtelles en certains points. Il se fait, sur ces lésions, une poussée congestive au moment des règles.

21 injections de 2 centimètres cubes. Le 6 juillet, dès la huitième, les éléments commencent à pâlir et à s'affaisser. A la quinzième l'amélioration est très considérable. Le 26 juillet, la cicatrice commence à pâlir ; il n'y a pas eu de poussée au moment des dernières règles qui viennent de finir. La malade n'éprouve plus la même sensation de fatigue et elle peut facilement veiller et travailler jusqu'à minuit ; l'appétit est augmenté en dépit de la chaleur.

Obs. XLIV. — P..., Marie, 39 ans. ménagère. Consultation. Entre le 19 juin. Syphilides ulcéro-croûteuses dans le milieu du front.

17 injections de 2 centimètres cubes. A la quinzième, on constate une amélioration légère ; les croûtes tombent et certains points se cicatrisent. Elle trouve les injections douloureuses, se plaint d'un affaiblissement général et refuse de continuer.

Obs. XLV. — B..., 37 ans, blanchisseuse. Syphilis ignorée. Depuis six mois apparition sur le front d'une lésion qui s'étend et s'ulcère. Elle entre le 5 juillet. On diagnostique une syphilide serpigineuse, cicatrisée sur quelques points ; la lésion s'étend surtout vers la gauche.

28 injections de 2 centimètres cubes. A la quatrième, il n'y a déjà plus ni croûte ni ulcération, mais la lésion est encore très rouge. Cette rougeur a entièrement disparu le 13 août.

Obs. XLVI. — F..., ménagère, 23 ans. Salle Natalis, n° 20. Syphilis il y a

deux ans; elle entre le 6 mai avec des végétations et, au niveau de la fourchette, une papule ovalaire, suintante, légèrement saillante, absolument chancriforme; syphilide en nappe sur la grande lèvre du même côté.

A partir du 24 mai, 18 injections de 1 centimètre cube. Les syphilides ont disparu ; on enlève les végétations.

Nota. — Cette malade avait des métrorragies presque continues; nous n'avons pas remarqué que l'emploi du cacodylate ait aggravé ces métrorragies.

Obs. XLVII. — Homme de 55 ans, malade de ville.

Glossite scléreuse syphilitique avec tendance à la leucoplasie.

18 injections de 1 centimètre cube, admirablement supportées sans nodosités ni douleur.

Disparition des symptômes morbides.

VI. — CAS HYBRIDES

Obs. XLVIII. — M..., domestique, 19 ans. Salle Natalis, n° 39. Entre le 12 novembre 1900. Chancre de la grande lèvre gauche; accidents secondaires de la région ano-périnéale, syphilides acnéiques du cou et au pourtour de la bouche. Douleur rhumatoïde au coude. Liqueur de Van Swieten et iodure pendant un mois. Du 14 janvier 1901 au 21 avril, 40 injections de 1 centimètre cube. Les accidents syphilitiques ont disparu; le poids, 78 kilogrammes 14 janvier, est tombé à 77 kilogrammes le 3 février ; à 75 kilog. 500, le 25 mars; la malade s'affaiblit et garde le lit. Le 21 avril, poussée fébrile (40°), hémoptysie abondante. On supprime le cacodylate d'hydrargyre. Cet état fébrile avec hémoptysies abondantes et fréquentes dure huit jours. Au bout de ce temps, la poussée est un peu calmée et la malade est envoyée dans un service de médecine générale

Obs. XLIX. — L..., gainier, 39 ans. Consultation. Entre le 6 juillet 1901. Syphilis ancienne, mal soignée; syphilides psoriasiformes symétriques de la paume des mains. La lésion envahit même les faces inférieures et latérales des premières phalanges. Dans un espace interdigital de la main droite, on trouve un élément caractéristique : c'est une papule suintante

16 injections de 2 centimètres cubes. A la seizième, il ne reste qu'un peu d'hyperkératose avec aspect plâtreux des plis. Le malade n'a pas cessé de travailler.

Obs. L. — Homme de 41 ans. Consultation. Entré le 24 mai 1901. Syphilis il y a treize ans; il a eu alors de la stomatite après des frictions mercurielles. En 1897, début d'un sycosis lupoïde symétrique qui déglabre presque entièrement le menton et les joues. Rien n'améliore, sauf l'épilation. Actuellement, le processus a envahi la région temporale droite et paraît atteindre la région correspondante gauche.

30 injections de 2 centimètres cubes, admirablement supportées, sans douleur appréciable.

A la quinzième, amélioration déjà sensible; à la vingt-cinquième, elle est très marquée : la moitié de la plaque droite paraît cicatrisée; la région temporale gauche est revenue à son état normal.

Obs. LI. — Homme de 66 ans, malade de ville. Atteint depuis cinq ans d'une syphilis rebelle assez grave avec eczéma séborrhéique psoria-

siforme, déjà traitée antérieurement par les pilules de protoiodure et de bichlorure; ayant eu également des injections d'huile biiodurée et de cyanure de mercure. Revient nous voir avec une gomme et une périostite du tibia gauche et des plaques rebelles de séborrhéide psoriasiforme.

15 injections de 1 centimètre cube.

Ce seul traitement fait à peu près disparaître gomme, périostite et séborrhéides.

Obs. LII. — L. B..., modiste. Entre le 14 mai 1901. Salle Vidal, lit 24. Syphilis remontant à quatre ans. Actuellement éléments péripilaires simulant des séborrhéides, et ailleurs du pityriasis rubra-pilaire. Sur la face et sur le corps, placards d'eczéma suintant.

On lui fait prendre la liqueur de van Swieten et on la soumet à tous les traitements de l'eczéma séborrhéique. Aucun résultat.

15 injections de 1 centimètre cube et demi.

A la sixième injection, les placards de la face s'améliorent. A ce moment, apparition de bronchite avec élévation thermique. Furonculose. On suspend le traitement et, la bronchite disparue, on reprend le cacodylate iodo-hydrargyrique.

L'amélioration se poursuit. On ne saurait attribuer ici cette amélioration à la présence de ces affections concomitantes. A la quinzième injection, les placards eczémateux ont disparu, mais laissent à leur place une pigmentation arsenicale intense. On remplace le cacodylate par le cyanure ; on est obligé de le cesser à cause de la douleur. Nouvelles poussées au front et au nez; applications de pommade forte au goudron, acide salicylique et pyrogallique. Ces poussées disparaissent, ainsi que les éléments péripilaires sous l'influence de notre double traitement. Sort guérie, fin mars.

Obs. LIII. — B..., domestique, 20 ans. Entre le 22 octobre 1900. Salle Natalis, n° 16. Enceinte de six mois. Syphilides muqueuses. Les syphilides cutanées sont du type psoriasiforme. Elle accouche d'un enfant vivant non syphilitique, le 21 février 1901 ; puis elle quitte le service. Elle rentre le 21 juin avec un psoriasis typique et une syphilide pigmentaire du cou. L'éruption est généralisée; les éléments varient du volume d'une lentille à celui d'une pièce de deux francs ; ils ont une tendance à la circination.

Traitement local par le glycérolé cadique faible et l'oxyde jaune sur le cuir chevelu.

Le 16 juillet, on commence en outre le traitement spécifique par le cacodylate.

25 injections de 2 centimètres cubes. Dès la dixième, une amélioration sensible est notée. Le 12 août, il ne reste que deux ou trois éléments de psoriasis. Une poussée d'acné cadique. A partir du 20 août, on remplace les injections par de la liqueur. On continue le traitement local ; le 25 septembre, il reste encore quelques éléments. La malade demande à quitter le service.

Nota. — Bien que le traitement local ait toujours été continué, le psoriasis ne s'est plus amélioré à partir du moment où on a supprimé le cacodylate.

Obs. LIV. — C..., 53 ans. Entre le 6 mai 1901. Salle Cullerier, lit 23. Soignée dans le service en janvier 1901 par la liqueur de Van Swieten. Le

6 mai, syphilides buccales. Sur le corps, éruption atypique ressemblant par place à des séborrhéides et en d'autres points à des cicatrices de syphilides acnéiques.

17 injections de 1 centimètre cube. Cette malade, bien que n'ayant pas de nodules, dit que ses piqûres sont très douloureuses, qu'elles lui donnent de l'engourdissement de la jambe et ne veut plus continuer.

Néanmoins ses syphilides buccales sont presque guéries; son éruption ne s'est pas sensiblement améliorée.

Obs. LV. — F..., boulanger. Consultation. Entre le 11 juin.

Syphilis datant de six ans, traitée constamment depuis (les pilules et le sirop de Gibert ont toujours été mal tolérés). Depuis quatre ans, poussée d'eczéma et de glossite. Actuellement, quelques sillons de glossite ; quelques plaques leucoplasiques; eczéma des mains en placards, à bordure nette, dessiné par une collerette épidermique.

22 injections, dont 2 de centimètres cubes. Pansement à l'oxyde de zinc, pas d'amélioration très notable. Récidive dès que le malade recommence à travailler.

VII. — ACCIDENTS PARASYPHILITIQUES.

Obs. LVI. — Femme de 50 ans, malade de ville.

Atteinte de neurasthénie à la troisième année d'une syphilis.

Cette malade reçoit quelques injections de cacodylate iodo-hydrargirique de 1 centimètre cube, qui du reste sont admirablement supportées.

Amélioration très notable, augmentation du poids.

Obs. LVII. — Homme de 49 ans, malade de ville.

Atteint de syphilis cérébrale avec dépression, mélancolie, amaigrissement; inégalité pupillaire, etc. Traité d'abord avec un certain succès par des injections d'huile biiodurée qui, à son dire, étaient fort douloureuses.

Une cinquantaine d'injections de cacodylate iodo-hydrargyrique de 1 centimètre cube, admirablement supportées, non douloureuses.

Disparition de tous les phénomènes morbides, augmentation de poids, reprise des forces. Cessation des injections depuis trois semaines : reprise légère des accidents (trouble de la parole, dépression).

Obs. LVIII. — D..., 35 ans, mécanicien, consultation. Entre le 6 juin 1901.

Syphilis remontant à sept ans (sirop de Gibert). Deux ou cinq ans, après son chancre, paraplégie incomplète (frictions et iodure). Depuis, tous les signes du tabes.

19 injections, dont 17 de 2 centimètres cubes. Amélioration de l'état général : le malade se sent plus fort, il a l'aspect moins déprimé; la démarche est un peu plus assurée et il peut rester debout les yeux fermés, ce qu'il ne faisait pas avant le traitement. Il demande à continuer les injections, puis il cesse de venir à la consultation.

Obs. LIX. — B..., 41 ans, tourneur en cuivre. Consultation.

Syphilis en 1897. Depuis, poussée subintrante d'éléments bulbeux et vésiculeux, aux mains et aux pieds. Il avait, depuis l'âge de 20 ans, des poussées analogues, mais moins intenses et moins fréquentes. Nous le traitons depuis 1898, sans succès du reste. La tendance à la circination de

ces éléments éruptifs rappellerait une dermatite herpétiforme au moins autant que de la dyshidrose.

Pas d'éosinophilie. On lui fait des pointes de feu dans la région lombaire. Toutes les pommades fortes ont échoué, de même que les injections de calomel.

22 injections, dont 10 doubles. Le traitement est admirablement supporté, sans douleur; ce malade a augmenté de 7 kilogrammes depuis le traitement; son état général est parfait.

Résultat nul au point de vue objectif, ce qui n'est nullement étonnant étant donnée la nature des lésions.

Obs. LX. — Homme de 60 ans, malade de ville.

Ancien syphilitique, atteint de rhumatisme chronique, avec leucoplasie simple sans infiltration syphilitique.

18 injections de 1 centimètre cube. Pas de douleur.

Pas de résultat appréciable sur le rhumatisme et la leucoplasie.

Accidents et contre-indications. — L'étude de ces observations démontre la tolérance parfaite de l'organisme pour notre cacodylate iodo-hydrargyrique.

Nous ne pouvons compter comme accidents les douleurs un peu vives et un peu prolongées qu'ont accusées deux malades (obs. XVI et XLIV). Il s'agit de deux nerveuses. L'une d'elles s'est refusée même à prendre son traitement interne.

Il résulte, au contraire, de l'interrogatoire de tous nos malades que ces piqûres sont fort peu douloureuses. Au bout d'une heure ou deux, toute douleur a disparu, en général. Il est rare qu'elle persiste plus longtemps, jusqu'au lendemain par exemple; il existe alors en même temps une petite nodosité au point où a été faite la piqûre.

D'ailleurs, l'élément douleur varie d'un sujet à l'autre, et d'un jour à l'autre chez un même sujet.

Celles de nos malades qui avaient eu auparavant des injections de cyanure de mercure, ou d'huile biiodurée, ont trouvé les injections de cacodylate beaucoup moins douloureuses.

Nous trouvons à relever, comme accidents véritables :

1° Un cas de pigmentation arsenicale (obs. LII);

2° Un cas de diarrhée passagère (obs. XXXVI);

3° Deux cas de stomatite (obs. XIII et XV);

4° Un cas d'hémoptysie (obs. XLVIII).

Si l'on veut bien remarquer que nos malades ont presque toutes une dentition déplorable; que toutes ont de la gingivite tartrique, et la plupart de la pyorrhée alvéolaire, on reconnaîtra qu'en dépit des soins de propreté buccale imposés dans nos salles nous pouvions nous attendre à un nombre beaucoup plus considérable de stomatites, eu égard aux doses massives que nous avons employées. Même des malades, qui avaient eu de la stomatite avec d'autres méthodes, n'en ont pas présenté cette fois.

La diarrhée peut être attribuée au mercure aussi bien qu'à l'arsenic.

Restent les hémoptysies (obs. XLVIII). Sont-elles imputables au traitement? C'est douteux; il n'a amené aucune poussée congestive dans l'observation XLVI. Cependant, il n'est pas impossible que l'iodure contenu dans notre mélange ait eu une certaine influence sur la production de ces hémoptysies.

Il résulte de cet examen qu'il n'y a qu'une seule contre-indication à notre traitement, c'est la tuberculose pulmonaire, et tous les états congestifs du poumon.

Quant à la pigmentation arsenicale, c'est un accident qu'il n'est pas facile de prévoir. Il ne peut y avoir de ce chef une contre-indication que lorsque le malade a déjà pris de l'arsenic et a été trouvé prédisposé à la mélanodermie.

Résultats. — Insuccès. — Succès. — Il nous est facile, maintenant, de nous prononcer sur la valeur thérapeutique de notre cacodylate iodo-hydrargyrique et d'en formuler les indications.

Dans toutes nos séries nous avons eu des résultats excellents, des résultats médiocres et des insuccès.

Les insuccès sont, en somme, rares : ils se rapportent à :

3 syphilides acnéiques (obs. XXIV, XXV, XXVI);

1 syphilis maligne précoce (obs. XXXII);

1 syphilide serpigineuse tertiaire (obs. XLIV);

2 cas hybrides (obs. LIV, LV);

3 cas de parasyphillis (LVIII, LIX, LX).

Mais nous ferons remarquer que pour trois de ces cas (XXVI, XLIV, LIV), il n'y a eu qu'une quinzaine d'injections. Qu'est-ce qu'un traitement de quinze jours dans la syphilis!!

Pour les trois derniers, nous sommes assez éloignés de la syphilis pour ne pas nous étonner d'un échec.

Il est permis de supposer que les traitements ordinaires n'auraient pas été plus efficaces dans tous ces cas. — Ce qui d'ailleurs a été vérifié pour l'observation XXXII!

Enfin, nous verrons que ces 10 cas ne doivent pas compter comme insuccès à tous égards.

Les observations XXIX, XXXIII, XLII nous montrent que les guérisons obtenues ne sont pas toujours de longue durée. On sait que les partisans des injections insolubles revendiquent pour leur méthode l'avantage de donner des guérisons prolongées.

Nous reconnaissons sur ce point l'infériorité de notre préparation. Mais elle partage cette infériorité avec tous les sels mercuriels solubles.

Ces réserves faites, les succès ne nous ont pas manqué :

1° La série des syphilis tertiaires nous donne sur quinze obser-

vations, quatorze guérisons *rapides*, sans intervention de l'iodure de potassium.

2° Les observations XVIII, XIX, XXIII nous montrent des syphilides à type banal, des syphilides acnéiques et des syphilides malignes précoces, rebelles, ayant résisté à tous les traitements et cédant rapidement avec notre procédé.

Dans la même série (obs. XXVII, XXVIII, XXIX, XXX), on trouve des poussées de même type que les précédentes, guéries assez rapidement pour qu'on considère ces cas comme de véritables succès.

3° Dans les cas hybrides (obs. XLIX, L, LI, LII, et LIII) nous relevons des succès incontestables. Si nous tenons compte que dans l'observation XLIV il n'y a que dix-sept injections faites, alors qu'il en a fallu trente pour guérir un cas semblable (L), et si on élimine cette observation, il se trouve que sur six cas de syphilis compliquée d'une dermatose nous avons cinq guérisons.

4° Enfin, sur un point, nos résultats sont constants ; et telle observation, défavorable par ailleurs, est concluante à ce point de vue :

Toutes les fois que le malade est neurasthénique, ou seulement affaibli, déprimé, amaigri, le cacodylate a une action immédiate remarquable (obs. XIV, XV, XXVII, XXX, XLIX, surtout, LVI, LVII, LVIII, LIX). C'est, d'ailleurs, le seul succès que nous ayons obtenu dans la série des accidents para-syphilitiques.

Si nous ne possédons pas un plus grand nombre de cas de ce genre, cela tient au mode de recrutement de nos malades à l'hôpital. Presque tous ceux que nous rapportons nous ont été fournis par M. Brocq, qui les avait observés dans sa clientèle. Il a pu faire même la remarque suivante : des sujets excitables non déprimés réagissent avec violence à l'emploi du cacodylate iodo-hydrargyrique qui détermine souvent chez eux de l'agitation et de l'insomnie.

Il faut donc se garder de l'employer chez ces sujets.

Indications. — Il semble, d'après ces résultats, que le cocadylate iodo-hydrargyrique soit indiqué dans les cas suivants :

1° Surtout lorsque le malade est déprimé, neurasthénique, amaigri. Et l'on sait combien cet état est fréquent à la période secondaire, surtout dans les classes aisées ;

2° Lorsqu'une dermatose est associée à la syphilis ;

3° Enfin, dans les cas rebelles, tenaces, les formes acnéiques, les syphilis malignes précoces. Dans ces cas, il réussit quelquefois lorsque les autres préparations mercurielles ont échoué.

Nous ne généralisons pas ; nous ne prétendons donner ici que les indications du cacodylate iodo-hydrargyrique et, en définitive, du cacodylate de soude dans la syphilis, puisqu'en somme notre préparation n'est qu'un mélange de biiodure de mercure et de cacodylate de soude.

Nous avons expliqué déjà comment nous étions arrivés à choisir ce mélange.

Il ne s'ensuit pas que nous repoussions *à priori* tous les autres modes d'association du cacodylate de soude et du mercure. On pourrait, par exemple, l'associer à la liqueur de Van Swieten, ou aux frictions. Mais le cacodylate de soude impliquant déjà, quels que soient les inconvénients de cette méthode, l'emploi des injections hypodermiques, nous trouvons un réel avantage à ne pas exposer, par surcroît, le malade aux accidents toujours possibles de la mercurialisation par le tube digestif ou les frictions.

D'autre part, notre cacodylate iodo-hydrargyrique nous semble préférable à toute autre combinaison d'un sel mercuriel soluble et du cacodylate de soude :

1° Il est d'une préparation très facile, beaucoup plus facile surtout que les autres préparations biiodurées pour injections ;

2° C'est une solution aqueuse, qui se mêle facilement au sérum sanguin ;

3° Il est d'un emploi moins douloureux que les autres sels de mercure.

Nous ne demandons pas cependant qu'on renonce aux injections insolubles. Le débat est à peu près clos aujourd'hui ; on les réserve, en général, à certains cas de syphilis, assez rares d'ailleurs, où elles paraissent avoir vraiment une efficacité plus grande que les injections solubles ordinaires. Les sujets nous ont manqué pour les comparer, dans ces cas particuliers, aux injections solubles de cacodylate iodo-hydrargyrique, que nous avons trouvées, on s'en souvient, dans quelques circonstances, plus efficaces que les autres procédés de mercurialisation. Jusqu'à plus ample informé, nous pensons qu'en présence d'un malade présentant des accidents justiciables du calomel et un état général exigeant l'emploi du cacodylate de soude, on peut s'en tenir au calomel, et administrer par la méthode ordinaire le cacodylate de soude.

Les frictions peuvent avoir aussi leurs indications particulières ; la conduite à tenir est alors la même.

Mais ce sont là des exceptions, et dans la majorité des cas le cacodylate iodo-hydrargyrique reste le médicament de choix.

En résumé, il ressort de cette première série d'expériences que le cacodylate de soude paraît agir sur le terrain bien plus que sur l'agent infectieux ; il semble avoir sur les syphilitiques déprimés la même action que sur tous les sujets en état d'asthénie ; il s'adresse à une complication de la syphilis, non à la syphilis elle-même. Ce n'est pas un médicament spécifique.

Faut-il généraliser, et conclure qu'il en est de même de toutes les préparations arsénicales ? Nous n'en avons pas le droit. Il est possible

que l'arsenic, pris par le tube digestif, et sous une autre forme, ait une action différente et réponde à d'autres indications.

C'est ce que d'autres recherches nous apprendront.

Conclusions

A. — Le cacodylate de soude nous paraît devoir être associé au mercure dans le traitement de la syphilis :

1° Lorsque le malade est déprimé, neurasthénique, amaigri;

2° Lorsqu'une dermatose est associée à la syphilis;

3° Enfin, dans les cas rebelles, tenaces, les formes acnéiques, les syphilis malignes précoces, contre lesquelles les autres méthodes auraient échoué.

B. — Nous avons choisi, comme mode d'association des deux médicaments, le cacodylate iodo-hydrargyrique, mélange de biiodure d'hydrargyre, d'iodure de sodium et de cacodylate de soude.

Ce mélange nous paraît présenter les avantages suivants :

1° Il est soluble et facilement absorbé par le tissu cellulaire ;

2° Il cause moins de douleur que les autres préparations mercurielles;

3° Il simplifie le traitement en faisant absorber, en une fois, les deux médicaments;

4° Nous croyons qu'on doit s'abstenir de l'employer chez les sujets vigoureux, excitables peut-être chez les tuberculeux ayant des tendances aux hémoptysies.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

VERSAMMLUNG DEUTSCHER NATURFORSCHER UND AERZTE.

Aix-la-Chapelle, 16 *au* 22 *septembre* 1900

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Voies de résorption du mercure pendant les frictions.

SCHRŒDER a cherché à déterminer quantitativement la proportion de mercure éliminé dans l'urine non seulement après des frictions avec les pommades les plus différentes, selon la méthode ordinaire, mais aussi après des frictions qui ne comportaient guère une autre voie de résorption que la peau, frictions des jambes, du dos faites derrière un rideau épais dans une chambre chaude avec lavage et savonnage le matin.

Les analyses — 100 environ — ont toutes été faites d'après la méthode de Jung-Schumacher qui est particulièrement sensible. On notait la quantité d'urine en vingt-quatre heures, le poids spécifique, ainsi que les proportions de mercure qui étaient éliminées par litre et par jour.

Dans tous les cas, sauf une seule exception, on a constaté par litre une proportion de mercure variant de 0,001 à 0,004.

D'une étude comparative critique des résultats obtenus il ressort qu'on doit les regarder comme absolus; ils ne permettent pas de conclure de la quantité de mercure éliminée à la quantité résorbée; l'élimination est plutôt tout à fait arbitraire et n'est pas en proportion des doses ni constante. Par exemple dans une série de cas, après l'emploi d'une grande quantité d'onguent gris, on a trouvé moins de mercure dans l'urine qu'à la suite de l'emploi de doses moindres. D'autre part, mais seulement dans un cas, malgré trente-cinq frictions représentant 180 grammes d'onguent gris on ne pouvait pas déceler la plus petite trace de mercure; par contre, quelques jours plus tard, après quelques douches chaudes on trouvera 0,0023 par litre.

Les vapeurs mercurielles qui se produisent dans les follicules de la peau devraient pénétrer dans les humeurs exclusivement à travers la couche cellulaire. Quant aux vapeurs mercurielles qui se forment sur la peau, une certaine fraction passe par les voies nasale et buccale et de cette fraction une petite partie seulement est absorbée avec l'air aspiré.

La condensation des vapeurs mercurielles en gouttelettes lorsqu'elles arrivent à l'air constituerait un obstacle ultérieur à la résorption par les poumons si les vapeurs étaient saturées. Mais on ne saurait l'admettre d'après ce qu'on sait de la lenteur de l'évaporation du mercure; à l'appui de cette opinion, il faut citer encore l'action à distance bien connue des vapeurs de mercure chez les personnes séjournant dans la même chambre que les malades frictionnés, ainsi que l'impossibilité d'un refroidissement des vapeurs mercurielles qui sont véritablement inhalées.

Le mercure dans les frictions est absorbé sous forme de vapeur en proportion notable par la peau, plus faible par les poumons. Par là s'explique l'observation faite à plusieurs reprises par beaucoup d'auteurs et par S. lui-même que les efflorescences de la peau disparaissent dans les régions soumises aux frictions plus rapidement que dans d'autres points, et surtout avant les plaques buccales.

Schuster dit que Schrœder est arrivé au même résultat que lui, c'est-à-dire que le mercure est absorbé par la peau dans la cure de frictions.

Meissner demande comment Schrœder se représente l'absorption d'un gaz, s'il ne se forme pas de sels.

Schrœder répond que les sécrétions des glandes sudoripares et des glandes sébacées contiennent des chlorures et des corps albumineux; les vapeurs mercurielles peuvent se tranformer en bichlorure ou en albuminate de mercure. S. pense toutefois que les vapeurs mercurielles, obéissant uniquement à la loi de diffusion, pénètrent assez rapidement dans les humeurs pour n'y former que des combinaisons d'albuminate de mercure et qu'elles se répandent trop rapidement pour qu'il puisse se former des sels. On n'a pas jusqu'à présent constaté la formation de sels.

Juliusberg pense que, seul, l'examen microscopique de la peau frictionnée peut démontrer la pénétration du mercure à l'état métallique, non dissous. Mais ce mode de recherche ne peut pas être utilisé parce que ni ses préparations ni celles de la plupart des auteurs n'ont donné de résultat. Il en a été de même de ses expériences sur les pansements. Pour trancher scientifiquement la question de la pénétration du mercure dans la peau, J. trachéotomise des chiens dans des chambres où il n'y a pas de mercure. Il fixe dans la trachée une canule en verre à l'aide d'un appareil séparant l'air expiré de l'air inspiré. L'air à inspirer est amené de la rue à l'animal. On fait des frictions et, deux jours après, le chien est sacrifié. Dans ces expériences on trouve constamment du mercure dans les organes internes, mais en faible proportion, comparativement à celle constatée chez des animaux de même poids, qui respiraient l'air de la chambre.

Ces expériences démontrent que le mercure pénètre dans l'organisme animal par la peau intacte, mais que l'inhalation joue le rôle le plus important, ce qui tend à prouver, selon J., que la cure de frictions est essentiellement une cure d'inhalation.

Schrœder remarque que dans les expériences qu'il a faites sur luimême on a constaté de grandes quantités de mercure après des modes d'administration qui n'admettaient guère d'autre voie d'absorption que la peau.

Juliusberg, contrairement à l'opinion de Schrœder, dit que la voie qu'il a indiquée n'est pas certaine; que les vapeurs de mercure dans ses expériences sur les chiens avaient pu prendre cette voie, mais que ces expériences ont démontré que la voie pulmonaire était la principale. Il est beaucoup plus vraisemblable que le mercure, s'il traverse la peau, ne peut le faire que sous la forme de sels solubles, facilement résorbables.

Emploi de l'iode dans le traitement de la syphilis.

Meissner pense qu'il faut employer l'iode et ses sels dans les cas où on doit provoquer la résorption des proliférations pathologiques des cellules dans l'organisme; il en est ainsi pour la syphilis, mais il ne s'agit pas d'une action spécifique, c'est-à-dire antisyphilitique.

M. insiste sur les parergies nocives de l'iodure de potassium qu'il regarde comme un véritable poison du cœur comparativement à l'iodure de sodium dont l'action est la même, mais ne s'accompagne pas de parergies graves. Il mentionne une série de nouvelles préparations d'iode, notamment l'iodipin et l'iodalbacide. Ces composés ont sur l'iodure de potassium l'avantage de ne pas dégager l'iode aussi rapidement dans l'organisme, de ne pas déterminer d'iodisme; d'autre part, ils ne sont pas éliminés aussi promptement que les iodures de potassium et de sodium : par conséquent, leur influence est plus lente et plus douce.

Wolters insiste sur l'action insuffisante de l'iodalbacide dans les cas qu'il a observés.

Schuster n'a jamais remarqué de troubles du cœur après l'emploi de l'iodure de potassium; il en a, au contraire, constaté chez les sujets robustes, presque d'une manière inquiétante après un traitement mercuriel prolongé.

Schrœder dit que l'iodure de potassium comme poison du cœur deviendrait dangereux si les reins étaient malades. Comme Meissner, il voudrait bannir tout à fait l'iodure de potassium de la thérapeutique, si on lui trouvait un succédané de même valeur.

Feibes fait l'éloge de l'action de l'iodipin; cette médication constitue un progrès réel qui tient à ce qu'il permet l'influence prolongée de l'iode.

Juliusberg considère l'iodipin comme une préparation de grande valeur, il est très bien supporté; c'est un moyen de diagnostic précieux dans les cas douteux de syphilis.

Meyersahm a observé sur lui-même l'action favorable de l'iodipin tandis qu'il n'a obtenu aucun résultat de l'iodalbacide.

Dreyer, huit à quinze jours après avoir fait des injections quotidiennes de 20 grammes d'iodipin, a vu survenir du coryza et de l'acné iodiques.

Chéloïde spontanée et cicatricielle.

Berliner présente un homme de trente ans qui, à l'âge de quinze ans, a eu de l'acné et des furoncles; après l'évacuation du pus, la guérison avait lieu sans nodosités consécutives. Deux ans plus tard, il survint une nodosité dure de la grosseur d'un pois sur l'apophyse mastoïde du côté gauche. En même temps, tumeurs analogues sur le sternum, le dos et les bras. On incisa la nodosité rétro-auriculaire et, six semaines plus tard, il se développa en ce point une chéloïde cicatricielle qui fut opérée, mais récidiva et occasionnait d'assez vives douleurs qui cédèrent à l'emploi des emplâtres. En 1892, B. excisa une petite tumeur du bras et chercha par une compression permanente sur le point opéré à prévenir directement le développement du tissu de cicatrice. Le résultat fut nul, car six semaines après il se produisit une récidive.

Le malade présente de 18 à 20 chéloïdes à localisation typique et

2 chéloïdes cicatricielles, volumineuses, en outre des comédons et des pustules d'acné. Régression de quelques chéloïdes suivies de taches rouges, bleues. De l'examen histologique d'une chéloïde spontanée et d'une chéloïde cicatricielle, il conclut que les chéloïdes spontanées résultent de processus inflammatoires chroniques se développant au voisinage des glandes sébacées, c'est-à-dire sont secondaires.

FEIBES, en raison de la présence simultanée d'acné et de chéloïde, pense que les chéloïdes ne doivent pas être regardées comme spontanées, mais comme des chéloïdes cicatricielles consécutives à des lésions d'acné. Il a traité chez une jeune fille une chéloïde de la poitrine qui occasionnait un violent prurit par des injections de liqueur de Lugol qui amenèrent la cessation des démangeaisons et l'affaissement de la chéloïde.

BERLINER regarde l'hypothèse d'un rapport entre l'acné et la formation de chéloïde comme possible mais non démontrée, car, dans ce cas, abstraction faite des différences cliniques et histologiques, les pustules d'acné et les furoncles suppurés guérissaient sans nodosité consécutive.

Œdème persistant.

WINGS présente deux cas d'œdème persistant, dont l'un est ancien et très caractérisé. Ce malade a eu de nombreux érysipèles; après chacun d'eux, le visage restait de plus en plus tuméfié.

Le second malade est encore à la période de début de l'affection; il n'a eu que deux poussées d'érysipèle; chaque fois le visage est resté un peu plus œdématié.

Chez ces deux malades le visage est bouffi, l'expression rigide; les poussées érysipélateuses sont en rapport avec une rhinite chronique et des excoriations de la muqueuse nasale; elles évoluent sans fièvre et sans troubles de l'état général.

LASSAR pense qu'il faut regarder ces érysipèles comme des inflammations continues, des transsudations lymphatiques de nature collatérale. D'ordinaire elles se résorbent rapidement; mais si les poussées se succèdent à de trop courts intervalles, il se produit un œdème persistant.

SCHUSTER remarque que le point de départ des lésions est dans une maladie de la muqueuse nasale; il s'agit donc d'un œdème secondaire de la face, qui disparaîtra avec la guérison de l'affection de la muqueuse nasale.

Peruol, un nouvel antiscabiéique.

JULIUSBERG rappelle que le peruol est un éther benzylbenzoïque : on l'emploie mélangé à la dose de 25 p. 100 dans de l'huile d'olive; on fait des frictions 3 à 4 fois chaque jour pendant deux jours et, trois à quatre jours plus tard, le malade prend un bain savonneux.

Le peruol n'a pas d'action toxique; il tue sûrement les acares, n'irrite pas la peau, surtout ne tache pas le linge et n'a pas d'odeur.

SCHUSTER rappelle que certains malades se plaignent parfois, après le traitement de la gale, d'un prurit généralisé. A-t-on observé des démangeaisons de ce genre à la suite d'un traitement au peruol?

JULIUSBERG n'a pas d'expérience sur ce point.

Utilité des bains, des eaux minérales et des cures climatériques dans le traitement de la syphilis.

P. Weber (de Londres) énumère les avantages d'une bonne cure climatique pour les malades atteints de syphilis : absence des soucis habituels, d'affaires et de relations sociales; possibilité de suivre le traitement sans troubles et sans préoccupations ; de le faire sous la direction des médecins qui se sont formés pour cette spécialité; les frictions, les bains, les douches peuvent être employés plus facilement, plus utilement qu'à la maison.

Les bains, salins ou sulfureux, servent à maintenir la peau en bon état pendant le traitement spécifique et favorisent l'élimination par les reins des toxines syphilitiques. L'usage interne des eaux minérales aide incontestablement à laver les tissus, diminue la tendance aux accumulations de mercure et neutralise le danger de l'hydrargyrisme chronique. Mais il se peut aussi que l'emploi interne, surtout des eaux sulfureuses, exerce une action antiseptique douce et s'oppose à l'apparition d'une entérite mercurielle. Ces cures, ainsi faites, atténuent la prédisposition aux affections dites post- ou parasyphilitiques.

W. étudie en détail les anévrysmes de l'aorte, le tabes, la paralysie progressive et leur rapport avec la syphilis. Il montre qu'il serait de la plus grande importance, pendant les périodes actives de la syphilis (primaire et secondaire), de débarrasser l'organisme aussi rapidement que possible des toxines nocives. Durant les périodes précoces de la syphilis on aura surtout recours à l'action éliminatrice des méthodes hydro- et balnéothérapeutiques associées au traitement spécifique. Il est évident qu'il importe de mettre en garde de bonne heure les malades contre les surmenages intellectuel et physique, contre les dépressions morales, les excès vénériens et de table parce que toutes ces infractions peuvent déterminer l'apparition de maladies post- ou parasyphilitiques. A. Doyon.

WIENER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT

Séance du 28 novembre 1900.

Psoriasis vulgaire en bandes.

Neumann présente un garçon de 14 ans atteint de psoriasis vulgaire occupant exclusivement le côté de la flexion de la cuisse gauche. Une bande de 20 centimètres de long sur un centimètre de large, correspondant à des lésions de grattage, est constituée par des efflorescences psoriasiques typiques.

Kaposi fait remarquer qu'on a déjà observé le psoriasis sur des lésions de grattage et qu'Eliasson, à ce propos, a déjà parlé d'une diathèse psoriasique.

Kreibich présente un homme de 28 ans qui, outre un psoriasis disséminé récent, porte un amas d'efflorescences compactes sous forme d'une bande de la largeur de deux mains faisant le tour de l'abdomen; les lésions se sont produites sur cette région d'une façon aiguë. Cette localisation spéciale est peut-être due à l'hyperhémie produite par l'application prolongée de compresses chaudes.

Syringocystadénome (Nidradénome).

Neumann présente une femme atteinte de syringocystadénome de la poitrine et des parties latérales du thorax. Le diagnostic différentiel avec d'autres néoplasmes n'a pu être fait que par l'examen histologique des petites tumeurs qui, dans la partie supérieure du corps papillaire, présentaient de petites cavités rondes à contenu homogène et, à la périphérie seulement, quelques cellules rondes. En outre, des tubes allongés, analogues aux conduits excréteurs des glandes sudoripares, renfermaient le même contenu homogène. C'est pour cette raison que quelques auteurs ont pensé qu'il s'agissait de glandes sudoripares embryonnaires disséminées. Mais l'observation ultérieure a montré que quelques-unes de ces petites tumeurs occupant les seins sont devenues plus petites ; sur les épaules, elles ont complètement disparu, tandis que sur la paroi abdominale il en est survenu de nouvelles. Il s'agit donc d'efflorescences persistantes, mais qui peuvent naître, se développer et disparaître.

Développement atypique des cheveux.

Freund présente les préparations et les dessins de deux cas de développement atypique des cheveux. Il s'agit de deux sœurs, âgées de 8 et de 12 ans. La plus âgée présente, en outre, un crâne rachitique, une hypotrichose partielle. Les cheveux sont prêts à tomber, rares, extraordinairement minces, soyeux, brun clair et n'ont que 3 centimètres de longueur. Quelques parties du cuir chevelu sont complètement chauves. Les cheveux de la plus jeune qui ont également 2 ou 3 centimètres de long sont, au contraire, très fournis, blonds, peu amincis, crêpés et feutrés comme des crins de cheval, de sorte qu'on ne peut que difficilement isoler quelques cheveux, et au toucher on éprouve une résistance élastique tout à fait particulière. Leur racine est si peu adhérente qu'on peut en arracher une poignée sans provoquer la plus légère douleur, et, en raison de la quantité extraordinaire de cheveux, il n'en résulte pas d'éclaircie.

La mère de ces deux enfants possédait une chevelure luxuriante et épaisse ; ses cheveux étaient plats et descendaient jusqu'aux talons. Le père avait une chevelure normale. La chevelure de la plus jeune des filles ne différait de celle des nègres que par sa coloration blonde.

Séance du 9 janvier 1901.

Infiltration diffuse de la peau dans l'hérédo-syphilis.

Kaposi présente un enfant de 17 mois atteint de rhinite intense, d'enrouement de la voix et de rhagades des commissures buccales. Le menton, les côtés de l'extension des bras jusque sur la face dorsale des mains et quelques doigts sont envahis par une infiltration rouge vif, dure, à limites nettes, dont la surface offre des fissures superficielles et des squamules formant un fin quadrillage. La paume des mains est de coloration rouge brun, luisante et diffuse. Le thorax et l'abdomen sont indemnes. Sur la région fessière on voit un deuxième foyer qui s'étend circulairement autour de la région génitale et de là, sous forme de traînées, sur les faces interne et antérieure de la cuisse, la jambe jusqu'au dos du pied et aux orteils.

Lupus et calomel.

Lang rappelle une femme qu'il a présentée à la Société pour le diagnostic différentiel entre les gommes syphilitiques et le lupus et qui fut guérie par un traitement spécifique. Les bons résultats que récemment on a obtenus avec des injections de calomel dans le lupus se rapportaient sans doute à des cas de cette nature.

Kaposi dit que ce sont précisément ces formes serpigineuses du lupus des membres inférieurs qui ont été rattachées à la syphilis et à ses formes héréditaires. Mais à l'encontre de cette théorie il faut rappeler que ces lupiques peuvent contracter la syphilis. Les ulcères lupiques peuvent aussi guérir par un traitement spécifique qui révèle ainsi le véritable diagnostic. D'autre part, on ne peut pas contester l'influence favorable des médicaments antisyphilitiques sur cette forme de lupus, en ce sens que localement ils provoquent la régression de l'œdème et l'affaissement de l'infiltrat; mais on n'a encore jamais observé la disparition des nodosités lupiques sous leur influence.

Pemphigus.

Kaposi rappelle que bon nombre d'auteurs regardent encore certaines formes de pemphigus comme résultant de processus différents. K. tient d'autant plus à appeler l'attention sur ce point qu'on peut observer ces nombreuses variétés sur un seul et même malade en même temps, ou dans les exacerbations et intermittences successives de la maladie et que, d'autre part, même la forme végétante, considérée comme mortelle, est dangereuse mais n'entraîne pas toujours la mort.

K. a actuellement en traitement par le bain continu un malade atteint de pemphigus végétant de la cavité buccale et de la région génitale, chez lequel toutes les proliférations ont abouti à des taches pigmentaires gris sale. Actuellement, l'affection a pris les caractères d'un pemphigus cachectique avec bulles de la grosseur d'une noix, flasques, purulentes. K. présente ensuite trois cas de pemphigus : pemphigus prurigineux, pemphigus foliacé généralisé, pemphigus miliaire.

Mracek cite un cas qui vient à l'appui de l'opinion de Kaposi. Il s'agit d'une malade présentée à la Société il y a cinq ans comme atteinte d'une forme prurigineuse qui rappelait par l'état chagriné de la peau l'acanthosis nigricans. Kaposi annonça alors que cette malade aurait de nouveau des bulles. En effet, six mois après, elle eut des bulles de nature cachectique et ensuite il survint un pemphigus végétant avec lésions intenses des cavités buccale et pharyngienne et des organes génitaux. Au bout de dix-huit mois la malade guérit et il ne resta que des taches pigmentaires ; quelques années plus tard, elle succomba à une affection du cœur.

Si on observe pendant longtemps un ou plusieurs cas on doit reconnaître qu'il n'existe qu'un seul pemphigus.

Ehrmann dit que la guérison dans les cas graves de pemphigus n'est souvent qu'apparente; chez les cachectiques, la circulation n'est plus assez active pour qu'il se produise des bulles complètes. D'autre part, dans la majorité des cas de pemphigus guéri, il survient tôt ou tard des récidives.

Urticaria perstans.

Kaposi présente une femme atteinte d'une éruption consistant en papules rouge pâle, dures, œdémateuses, de la grosseur d'un pois et même plus, et en dépressions de la même étendue. La peau à leur niveau est mince et ridée comme dans les vergetures des femmes enceintes. L'examen histologique montre un œdème sous-papillaire et une légère infiltration qui prouvent qu'il s'agit d'une urticaria perstans.

Érithrodermie.

Neumann présente un homme de 53 ans, atteint d'une maladie de la peau rappelant l'érythrodermie. Toute la peau a une teinte cuivrée; elle est plutôt gris brun et comme soyeuse sur les membres inférieurs. Le scrotum et le pénis sont indemnes, ainsi que la muqueuse buccale. Le quadrillage normal est net en quelques points ; la peau est mince, froissée et plissée sur les surfaces de flexion des membres, rouge brun diffus et en légère desquamation à la paume des mains et à la plante des pieds ; sur l'épaule gauche et la hanche, on voit des taches disséminées plus claires, de ladimension d'une pièce de 2 francs, légèrement desquamantes.

La maladie a débuté sous la forme de taches de la largeur d'une pièce 5 francs en argent sur le sternum, d'où elle s'est étendue sur tout le corps dans l'espace de quatre ans. Il n'y a qu'un très léger prurit avec sensation de froid. Ganglions inguinaux tuméfiés, indolents. Le traitement arsénical n'a pas donné de résultat.

Comme il n'y a aucune efflorescence spéciale et qu'à la périphérie la desquamation est peu accentuée et la peau lisse, il ne saurait être question ni de psoriasis, ni de lichen ruber. Pour l'atrophie idiopathique de la peau, il manque le quadrillage typique et le plissement de la peau. Il ne peut s'agir que d'un pityriasis rubra ou d'une lymphodermie ; mais la tuméfaction ganglionnaire est suspecte.

Kaposi croit qu'on a affaire ici a une érythrodermie symptomatique très semblable à un lichen ruber à la période de régression. La peau est trop œdémateuse pour qu'il s'agisse de pityriasis; peut-être s'agit-il d'une préleucémie. A cette occasion, il rappelle le cas suivant qu'il a observé récemment. Un homme obèse, qui en peu de temps maigrit de 15 kilogrammes, présentait sur la peau, d'ailleurs normale, quelques plaques d'urticaire et des lésions de grattage. Deux mois plus tard,la peau prit une couleur rouge vif, sans infiltration, avec légère exfoliation et violent prurit qui ne cessa qu'après une desquamation à larges lamelles. Pendant qu'on parlait au malade, il survint sur le front, en un point de la cuisse et sur les oreilles, sur une peau en apparence normale, sans formation de papules, une abondante sécrétion de sérosité qui se dessécha rapidement en croûtes et cessa au bout de trois heures. Cet état dura trois semaines sans fièvre; ensuite il se forma successivement des milliers de pustules miliaires, puis un eczéma squameux, humide, sur le cuir chevelu, et enfin la semaine dernière de nouveau une érythrodermie diffuse qui guérit au bout de vingt-quatre heures avec une fine desquamation comme dans la scarlatine.

Séance du 23 janvier 1901.

Dactylite syphilitique multiple.

Mracek présente un homme de 30 ans qui, en juillet 1895, contracta la syphilis; en décembre, exanthème et paronychie du pouce gauche. Plus tard, le troisième orteil du pied gauche et, enfin, les deux index furent successivement atteints. Dans ces derniers temps, tuméfaction et rougeur des doigts déjà malades et, de plus, douleurs dans la deuxième phalange du pouce gauche qui est épaissie, tuméfiée avec peau bleuâtre. L'ongle est déformé, soulevé et fendillé. La tumeur n'est pas douloureuse. A l'index, l'épaississement de l'os et des parties molles s'étend aux deux premières phalanges. Sur la main droite, l'extrémité de l'os métacarpien de l'index est tuméfiée et remplie d'une masse élastique à coloration livide; la première phalange du pouce est tuméfiée et douloureuse; il en est de même des dernières phalanges des premier et cinquième orteils du pied gauche. La radiographie a montré que les lésions des os malades avaient des contours plus clairs et diffus avec des vacuoles plus nettes et plus claires correspondant à la raréfaction atrophique de la substance osseuse. Sur l'os du nez, à droite, la peau est rouge sur l'étendue d'un haricot avec tuméfaction de l'os. Jusqu'à présent, il n'existe pas de nécrose ulcéreuse des infiltrats syphilitiques. Ce malade a été soumis depuis le début de l'infection et à plusieurs reprises à un traitement spécifique.

Pemphigus végétant.

Neumann présente une femme de 49 ans atteinte de pemphigus végétant: sur les organes génitaux externes, à la face interne des cuisses, au pourtour de l'anus, plusieurs plaques légèrement papillaires, humides, ressemblant à des papules syphilitiques; sur le côté de l'extension des coudes, bulles bien tendues avec aréole rouge; sur la muqueuse labiale, le palais, soulèvements épithéliaux, du volume d'un pois. Depuis huit jours, bulles périunguéales sur presque tous les doigts et paronychies consécutives.

Kaposi fait observer que cette malade offre certaines particularités qui distinguent son cas des cas ordinaires de pemphigus. Sur les lèvres et le rebord du nez, vésicules classiques, tandis que les bulles des coudes ont l'aspect des bulles des cachectiques; les proliférations localisées aux organes génitaux ressemblent à des condylomes. Mais il y a des cas où les symptômes apparaissent d'abord et uniquement aux organes génitaux. Même dans les cas classiques de pemphigus végétant on peut observer une guérison relative.

Kreibich présente une fillette de 13 ans, atteinte de pemphigus vulgaire; après une cure sulfureuse intense, elle eut une période de rémission et à présent elle est tout à fait indemne de bulles. Une femme plus âgée, entrée pour un pemphigus généralisé datant de huit semaines, n'a plus actuellement qu'une grosse vésicule sur la joue droite.

Neumann croit que, parmi les variétés de pemphigus végétant, ce sont celles avec proliférations verruqueuses, sèches, qui permettent un pronostic un

peu meilleur. Quand les proliférations condylomateuses, humides, irritées, ressemblent par elles-mêmes ou par leur confluence à la syphilis, il faut examiner avec soin la périphérie : dans la syphilis, le bord est formé par un infiltrat dur, rouge brun; dans le pemphigus végétant, par un soulèvement bulleux fin.

Nobl, à l'appui de l'opinion de Kaposi concernant la marche parfois bénigne du pemphigus, cite le cas d'un homme de 70 ans qui a eu, il y a dix ans, une première éruption de pemphigus généralisée avec fièvre intense, délire, stupeur, etc. La maladie dura ainsi plusieurs semaines pour décroître ensuite peu à peu. Quelques mois plus tard, deuxième poussée, mais moins violente; la troisième éruption ne survint qu'au bout d'un an et fut très atténuée. Depuis lors, ce malade n'a plus eu de poussées générales, mais seulement, de temps à autre, des bulles qui guérissaient rapidement.

Lang tient à faire remarquer l'apparition relativement rare du pemphigus, à un âge avancé. Il a récemment observé, chez un homme de 72 ans, un pemphigus cachectique généralisé dont le début datait seulement de trois semaines. Il se demande si le pemphigus commence réellement à un âge aussi avancé ou si, dans ces cas, il n'était pas survenu antérieurement quelques bulles qui auraient pu passer inaperçues en raison de leur petit nombre ou de la rareté des poussées.

Kaposi dit que, en général, le pemphigus est rare chez les personnes âgées; cependant, il a observé des cas où cette affection persistait de 40 jusqu'à 60 et même 70 ans.

Séance du 6 février 1901.

Syphilis et érythème noueux.

Nobl présente un homme de 24 ans qui, outre une syphilis au début, est atteint d'un érythème noueux grave avec albuminurie très prononcée. Cet érythème occupe les deux jambes, fièvre intense, douleurs articulaires et albuminurie abondante survenue avec l'exanthème. Ces symptômes se sont produits dans la septième semaine de l'infection syphilitique. La coïncidence de l'érythème noueux et de la phase active de l'infection syphilitique permet d'admettre un rapport causal entre les deux infections.

Mracek pense qu'il ne s'agit que d'une coïncidence de temps de ces processus. L'albuminurie n'est pas très rare dans l'érythème noueux.

Finger croit aussi à une simple coïncidence.

Wolf a cherché à démontrer par la bactériologie qu'il s'agissait d'une infection secondaire dans le cours de la syphilis; toutefois ce n'est pas évident, car on ne connaît pas l'agent infectieux de l'érythème noueux.

Ehrmann partage cette opinion pour laquelle on peut invoquer l'apparition épidémique de cette dernière maladie. Mais on pourrait la rattacher aux lésions du nez et du pharynx qui s'observent fréquemment à cette période de la syphilis.

Kreibich remarque que les cas d'érythème noueux qui sont survenus dans ces derniers temps évoluent souvent avec des symptômes généraux graves, fièvre intense, albuminurie et épanchements articulaires.

Neumann indique encore, comme caractères différentiels, que les formes d'érythème noueux survenant consécutivement à des suppurations, outre leurs localisations typiques, atteignent aussi le visage et le tronc. Tarnowski considère la coïncidence de l'érythème noueux avec la syphilis comme une infection mixte en s'appuyant sur la présence de staphylocoques dans les efflorescences syphilitiques.

Nobl dit que la présence d'une albuminurie prononcée est contraire à l'idée d'un lien causal des deux infections. Elle s'observe d'une façon relativement rare à cette période de la syphilis, dans la proportion de 1 à 8 p. 100 des cas et même le plus souvent sous forme de traces légères. Chez ce malade l'albuminurie doit être rapportée à l'érythème.

Lang, déjà avant la théorie de Tarnowski, a expliqué la suppuration des efflorescences de la syphilis maligne par une infection secondaire. Ce ne sont pas les agents de l'infection mixte qui pénètrent dans la circulation avec le virus syphilitique du chancre et parviennent ensuite aux infiltrats syphilitiques. Il se produit plutôt chez les sujets affaiblis, surtout chez les alcooliques, une exsudation abondante dans ces infiltrats et consécutivement des infections secondaires de cause externe et la suppuration.

Séance du 20 février 1901.

Dermatite papillaire.

Kreibich présente un homme de 36 ans atteint de dermatite papillaire. La ligne de démarcation entre la nuque et les cheveux est envahie par des groupes de papules dures avec cicatrices au centre et bouquets de cheveux. En dehors de la ligne des cheveux, il y a des groupes de papules semblables disséminées sur le cou jusque dans la peau des joues. Dans cette région, on trouve aussi des nodosités scléreuses plus récentes ou cicatricielles, folliculaires et périfolliculaires, également avec des pustules ou des cicatrices. Malgré l'étendue exceptionnelle et la localisation des lésions, on a affaire à un processus unique.

Ehrmann a observé un cas dans lequel le visage était également envahi et où il y avait des papules folliculaires et périfolliculaires; aussi préfère-t-il pour cette affection la dénomination de sycosis scléreux à celle de dermatite papillaire ou d'acné chéloïdienne. L'électrolyse ainsi que les rayons Röntgen lui ont donné de bons résultats.

Kaposi insiste sur la différence qui existe entre ce cas et les cas ordinaires dans lesquels les plus petites efflorescences sont nettement tranchées. Cette modification tient à la grande quantité des follicules au cou et au visage. Cependant, ni la lésion des follicules, ni une infection bactérienne spécifique ne sont caractéristiques de ce processus; mais c'est l'inflammation spéciale qui détermine la rétraction du tissu conjonctif interfolliculaire dont la vascularisation considérable occasionne les proliférations papillaires. Si, par conséquent, la dénomination de dermatite papillaire n'est pas parfaite, le nom d'acné ou de folliculite n'est pas exact pour désigner un processus amenant la suppuration du follicule.

Kreibich, dans ce cas rebelle, a employé avec succès l'exfoliation au moyen du savon vert, mélangé à 10 p. 100 de soufre et de résorcine.

Freund signale les bons effets de la radiothérapie dans l'acné sans qu'il y ait lieu d'invoquer une action spécifique.

Kaposi rappelle que ce traitement et d'autres traitements exfoliatifs sont toujours employés dans l'acné; mais dans la dermatite papillaire ils ne donnent pas de résultat, de sorte que, finalement, on a reconnu la nécessité absolue d'une intervention opératoire.

Séance du 6 mars 1901.

Pseudo-leucémie.

Kaposi présente un homme de 46 ans, qui depuis trois mois est atteint d'engorgements ganglionnaires cervicaux et de creux axillaires formant de véritables tumeurs plus ou moins volumineuses. Il existe, en outre, un ganglion de la grosseur d'une noix au-dessus de la clavicule gauche. A la percussion on constate une tumeur dans le médiastin. Foie et rate normaux. Dans les huit à dix dernières semaines, cet état s'est accompagné d'amaigrissement et d'un violent prurit. L'examen microscopique du sang montra une diminution des hématies, pas d'augmentation des leucocytes ni de changement dans leur proportion. Le violent prurit qui existe dans ce cas, et qui a donné lieu à de nombreuses excoriations et taches pigmentaires, ne saurait s'expliquer complètement par la présence de quelques rares et petites papules d'urticaire. Cependant, on observe assez souvent ce prurit comme symptôme prémonitoire et concomitant du mycosis fongoïde et de ce groupe d'états morbides qu'on désigne sous le nom de tumeurs sarcoïdes. En réalité, ces tumeurs, le mycosis fongoïde, la lymphodermie pernicieuse et les néoplasmes dits lymphatiques, ainsi que la sarcomatose de la peau, ne diffèrent pas essentiellement les unes des autres ni pathologiquement ni cliniquement. Il en est de même pour le pronostic.

Kreibich croit, en raison de la matité considérable au-dessus du médiastin et des ganglions engorgés au-dessus de la clavicule, qu'il s'agit de tumeurs ganglionnaires ayant les caractères d'un lymphosarcome. L'urticaire concomitant avec violent prurit s'observe dans les deux formes morbides.

Neumann a vu un malade qui se plaignit aussi, pendant des mois, d'un prurit intolérable. L'examen de la peau ainsi que des urines fut complètement négatif; à un examen plus attentif on découvrit des tumeurs ganglionnaires analogues, quoique encore très petites. Il existe cependant un certain rapport entre ces symptômes.

Matière colorante formée par le pediculus pubis.

Oppenheim, en examinant au microscope des pediculi pubis vivants a pu constater chez la plupart une coloration verte des parties latérales du thorax, de l'abdomen ainsi que des prolongements abdominaux, coloration d'autant plus intense que la chitine de l'animal est plus transparente. Si on traite les pediculi avec de l'alcool ou de la formaline, on voit que cette teinte verte est due aux cellules du tissu adipeux qui se trouve principalement sur les parois latérales du thorax, des deux côtés de l'estomac le long des stigmates de la trachée, dans l'abdomen et sous la

cuirasse de chitine des pattes (sous le nom de tissu adipeux, les zoologistes désignent un réseau cellulaire qui tout à la fois sert d'organe protecteur pour les viscères des insectes et de réserve pour leur nourriture). En dehors de ces cellules on ne trouve pas de matière colorante. Ces cellules sont rondes ou ovales, parfois aussi en forme de biscuit, et des éléments pourvus de prolongements avec un à deux noyaux et même une granulation claire. Le protoplasma de ces cellules est granulé, d'un vert intense et contient des gouttelettes de graisse. Si on le traite par l'éther et le chloroforme, on aperçoit, à l'intérieur des cellules, une masse verte, granulée, à contours irréguliers et qui constitue la matière colorante sécrétée par le pediculus pubis. Dans le vinaigre concentré, la teinte verte disparaît plus rapidement; dans l'eau et la lessive elle disparaît seulement au bout de quelques jours. Les propriétés chimiques de la matière colorante constatées avec divers réactifs permettent de supposer qu'elle ne contient pas de fer; le pediculus pubis la produirait au moyen d'un ferment provenant du sang humain. L'origine des taches bleues s'expliquerait de la manière suivante : sous l'influence du ferment de la matière colorante le sang, qui provient de la morsure de l'animal, subit la même modification que dans l'intérieur du pediculus. Vue à travers l'épiderme, la matière colorante verte paraît bleue. Les pediculi jeunes n'ont pas d'ordinaire de matière colorante. La quantité et l'intensité des taches bleues sont en rapport direct avec la proportion de la matière colorante des pediculi.

A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Absorption cutanée.

Recherches sur l'absorption cutanée (Ricerche sul l'assorbimento cutaneo), par L. Pesci et A. Andrés. *Rendiconti del R. Instituto Lombardo di scienze e lettere*, 1900, t. XXXIII.

Dans une série d'expériences sur des grenouilles et sur l'homme, P. et A. ont constaté que le poids du corps augmente après l'immersion dans l'eau douce et diminue après l'immersion dans l'eau salée : ils ont obtenu ainsi, chez trois hommes, après des séries de cinq bains de quinze minutes chacune, des augmentations totales de 10, de 87, de 26 grammes pour les bains d'eau douce; des diminutions totales de 85, de 100, de 90 grammes pour les bains d'eau salée à 10 p. 100. On peut conclure de ces recherches que, dans ces conditions, les téguments des animaux vivants se comportent non comme la membrane d'un dialyseur, mais comme une membrane semi-perméable. G. T.

Actinomycose.

Contribution à l'étude de l'actinomycose. Un cas d'actinomycose constaté à Alger ; péritonite actinomycosique chez le lapin et le cobaye, par J. Brault. *Archives de parasitologie*, 1899, n° 4, p. 535.

Homme de 30 ans; début il y a un mois par une sorte de fluxion qui rétrocéda en partie, puis au bout d'une quinzaine de jours, à la suite d'un choc, augmenta de nouveau. Tuméfaction diffuse et ferme de la joue droite, avec intégrité du sillon gingivo-labial, un peu au-dessous du bord antérieur et inférieur de l'os malaire, petite tumeur fluctuante, un peu plus grosse qu'une aveline et paraissant surajoutée au reste de la tuméfaction; à ce niveau, peau violacée, très amincie par places et menaçant de se rompre. Ponction exploratrice, ouverture par la bouche, drainage, traitement ioduré, injections iodo-argentiques; cicatrisation complète en trois semaines. Le malade, professeur, faisant de fréquentes marches à pied dans les campagnes, mâchonne souvent des graines, des épis ou des pailles de graminées. Grains d'actinomyces dans le liquide puriforme couleur de terre de Sienne retiré par la ponction; obtention de culture pure d'emblée dont l'inoculation au lapin et au cobaye produisit une lésion singulière, une péritonite purulente généralisée évoluant en l'espace de trois semaines. G. T.

Traitement médical de l'actinomycose (Medical treatment of actinomycosis), par Sawyers. *Journal of the American medical Association*, 11 mai 1901, p. 1314.

S. publie une série de 7 cas d'actinomycose qu'il a traités par l'usage interne de l'iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes par jour, par des injections de teinture d'iode ou d'eau oxygénée dans les fistules et des

injections interstitielles d'iodure de potassium à 1 p. 100 dans les tissus infiltrés.

Ces injections interstitielles à la dose de 10 à 20 gouttes déterminent un gonflement considérable des tissus qui disparaît au bout de douze heures.

Cette réaction, très marquée après la première injection, diminue beaucoup aux suivantes. Cette méthode a paru jouer un grand rôle dans la guérison.

La plupart des malades étaient des cultivateurs ; trois d'entre eux avaient récemment soigné du bétail atteint d'actinomycose.

Obs. III. — Homme de 63 ans, arrachement accidentel de l'ongle du pouce. Avec sa plaie ouverte, il moissonne et soigne une vache actinomycotique.

Obs. V. — Homme de 53 ans, cultivateur; toux sèche pendant un an ; puis fièvre, dyspnée, toux violente, expectoration fétide et sanguinolente. Urine légèrement albumineuse avec cylindres et filaments mycéliens massués. Malgré l'iodure de potassium et les inhalations d'eucalyptus et de créosote, l'état s'aggrave : amaigrissement, fièvre, foyer de matité dans le poumon droit, vomiques de pus contenant des grains jaunes. Amélioration rapide dès qu'on commence les injections intra-pulmonaires d'iodure de potassium. Guérison. W. D.

Adénome sébacé.

Adénome sébacé et nævus sébacé (Adenoma sebaceo e neo sebaceo), par C. Piccardi. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 6, p. 693.

P. montre d'abord les divergences des auteurs au sujet de la valeur du terme adénome sébacé et rappelle les cas publiés par les auteurs italiens. Il rapporte ensuite deux observations de nævus sébacé. Dans les 2 cas, (homme de 18 ans et homme de 36 ans), il s'agit de lésions de la bosse frontale, de forme irrégulièrement ovalaire, nettement circonscrites, larges de 1 ou 2 centimètres et longues de 2 à 3, faisant une saillie de 2 à 3 millimètres au-dessus de la peau normale, de couleur jaunâtre, de surface irrégulière, parsemée de saillies présentant à leur centre un orifice par lequel la pression fait sortir de la matière sébacée; ces tumeurs existaient depuis la naissance.

A l'examen microscopique, la tumeur était formée de grosses glandes sébacées résultant de l'union d'acini nombreux et volumineux débouchant à la surface de la peau par de larges tubes excréteurs ; les follicules étaient formés d'une couche périphérique de cellules germinatives et de cellules en dégénérescence graisseuse au centre, les conduits excréteurs revêtus d'épithélium stratifié; en somme ces glandes avaient une structure normale et fonctionnaient normalement, elles étaient seulement remarquables par leur nombre et leur volume; autour d'elles, il y avait un involucre conjonctif envoyant des prolongements entre les acini et, entre ces acini, des amas de cellules embryonnaires ; les glandes sudoripares étaient rares, normales sauf une légère dilatation de la cavité des canalicules. En somme, il s'agissait dans les deux cas d'une néoplasie congénitale, bénigne, circonscrite, constituée par des glandes sébacées parfaitement normales quant à

leur structure et à leur fonction, anormale seulement par leur dimension, leur nombre et leur réunion en un point donné. G. T.

Alopécie.

Alopécie généralisée soudaine (Report of a unique case of the loss of beard and hair), par J.-R. CLARKE. *American Practitioner and News,* 15 juillet 1901, p. 52.

Un homme de 85 ans, ancien fermier, avait toujours eu une santé parfaite jusqu'à une dizaine d'années en deçà. Il avait alors commencé à être sujet à des hémoptysies survenant par accès et qui l'épuisaient complètement pour un temps; après quoi il s'en remettait parfaitement.

Il y a quelques mois, sans aucun trouble de sa santé, sans aucun ébranlement nerveux, sans aucune sensation locale, sa barbe très longue et très fournie ainsi que ses cheveux perdirent subitement leur adhérence. Saisissant sa barbe par un geste habituel, elle lui resta tout entière dans la main; tous ses cheveux tombèrent par la simple friction avec la main.

Il est resté depuis lors complètement alopécique. Il est à remarquer que sa vue s'est fort améliorée depuis cet événement. W. D.

Atrophie cutanée.

Lésions cutanées trophiques dans un cas d'hémiatrophie faciale coïncidant avec un sarcome idiopathique (Gli effetti trofici nella cute in un caso di emiatrofia facciale con sarcoma idiopatico; stato delle fibre elastiche), par MONTESANO. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma,* 1900, p. 107.

Dans un cas d'hémiatrophie faciale coïncidant avec un sarcome idiopathique de la peau, M. a constaté les lésions suivantes : diminution très notable de l'épaisseur des couches épidermiques, dont les cellules sont plus petites qu'à l'état normal; le stratum lucidum et le stratum granulosum ne peuvent être distingués l'un de l'autre; les cônes interpapillaires sont courts et espacés; le noyau des cellules de la couche malpighienne se colore mal; les cellules et les espaces intercellulaires renferment des grains de pigment; le derme renferme de nombreuses cellules semblables à des leucocytes; les fibres connectives des extrémités des papilles sont dissociées et séparées par des éléments ovales et arrondis; les follicules pilaires sont rares et rétractés, quelques-uns dilatés par une accumulation de cellules épithéliales : la plupart sont sinueux et contournés et les poils que renferment beaucoup d'entre eux sont atrophiés et réduits à leur couche corticale; les glandes sébacées sont diminuées de nombre et de volume, leurs parois minces et atrophiées, le nombre de leurs couches épithéliales est réduit ; les glandes sudoripares sont très espacées et dilatées ou simplement représentées par des dilatations lacunaires en forme de tubes; beaucoup de leurs pelotons ont disparu : quelques-uns ont cependant conservé la forme de glandes tubulaires, et leurs tubes sont séparés les uns des autres par des agglomérations de cellules semblables à des leucocytes, plus abondantes en quelques points; les vaisseaux ont en général leur tunique moyenne notablement épaissie : quelques-uns sont transformés en une masse fibreuse riche en noyaux, dans laquelle on ne les reconnaît plus qu'à l'existence

d'une légère lacune tapissée d'endothélium. Les fibres élastiques, que M. a étudiées plus particulièrement, sont plus courtes que du côté sain, fragmentées, d'épaisseur inégale et leurs extrémités ne sont pas nettement terminées; elles y sont moins abondantes, repliées irrégulièrement sous elles-mêmes, disposées dans des directions très différentes et formant des systèmes très irréguliers; en quelques points, elles font complètement défaut. G. T.

Blastomycose.

Dermatite blastomycétique de la fesse (Blastomycetic dermatitis of the gluteal region), par F. Harris. *American Journal of the medical Sciences*, mai 1901, p. 561.

Une femme de 78 ans a remarqué, depuis quatre ans, sur la fesse gauche un bouton prurigineux qui a grandi peu à peu. On trouve une plaque mesurant 11 centimètres sur 6 centimètres, non ulcérée, à surface papillomateuse; le bord est dur, un peu saillant et présente des élevures papillomateuses irrégulières, ramifiées et compliquées qui surplombent l'aire de la lésion. On excisa toute la lésion et la guérison se fit facilement.

A l'examen microscopique, on trouve un état papillomateux constitué par des végétations dermiques saillantes et des végétations de l'épiderme dans la profondeur, formant des ramifications très complexes. Le derme présente des lésions inflammatoires diffuses et des foyers d'infiltration cellulaire avec des cellules géantes. Il y a de nombreux abcès microscopiques dans le derme et dans l'épiderme.

Dans la paroi des abcès miliaires et çà et là dans le tissu on trouve des corpuscules réfringents ronds, à double contour, avec une partie centrale colorée et granuleuse, souvent en voie de bourgeonnement et correspondant à ceux qui ont été décrits sous le nom de blastomycètes. W. D.

Botryomycose.

Botryomycome de la face palmaire du petit doigt, par X. Delore et C. Gauthier. *Gazette des hôpitaux*, 8 novembre 1900, p. 1375.

Femme de 58 ans, cultivatrice; se pique en juin 1900 à la face palmaire du petit doigt de la main gauche avec une épine, et ne s'en inquiète pas; au bout de deux ou trois semaines, elle constate un petit bourgeon charnu qui fait issue au dehors, et qui, au commencement d'août, a acquis la dimension d'un noyau de cerise. La tumeur présente les caractères habituels: rougeur, saignement facile au contact, pédicule court faisant hernie à travers une perforation épidermique régulière.

L'examen histologique montre l'existence d'amas typiques de botryomyces. G. T.

Chéloïde.

Étude histopathologique et clinique de la chéloïde (Sul cheloide, contributo alla isto-patologia e casuistica), par N. La Mensa. *Rassegna internazionale della Medicina moderna*, 1901, n°s 18 et 19.

Homme de 41 ans, ayant eu, à la suite de lésions de syphilide ulcéreuse précoce occupant les diverses régions du corps, des cicatrices multiples;

un certain nombre de ces cicatrices sont chéloïdiennes : une sur le front, seize sur le thorax, deux à la région sus-scapulaire droite, une à la région sus-scapulaire gauche ; plusieurs aux régions deltoïdiennes, à l'avant-bras, à la région sous-ombilicale, aux fesses, tandis que dans les diverses régions on voit d'autres cicatrices qui n'ont pas subi la transformation chéloïdienne; à l'examen microscopique, les chéloïdes ont la structure connue de ces néoplasmes.

L'auteur discute les relations entre les chéloïdes cicatricielles et les chéloïdes primitives dites chéloïdes vraies et arrive à cette conclusion qu'il n'y a pas lieu d'établir la distinction entre elles : les chéloïdes dites cicatricielles se développent de préférence, comme on peut le voir dans le cas ci-dessus, sur les régions qui sont le siège habituel des chéloïdes dites vraies; les symptômes objectifs et les lésions anatomiques sont les mêmes dans les deux cas. G. T.

Concrétions phosphatiques sous-cutanées.

Sur une maladie peu connue, caractérisée par des concrétions phosphatiques sous-cutanées, par Jeanne. *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, novembre 1900, p. 893.

J. rapporte sous ce titre peu compromettant l'observation d'un homme de 26 ans qui, depuis l'âge de 18 ou 19 ans, est atteint de lésions caractérisées à leur début par des concrétions dures, indolores, irrégulières, de dimensions variées, indépendantes du derme, ne modifiant pas la peau et paraissant respecter les parties profondes ; un deuxième stade est caractérisé par l'envahissement de la peau, qui s'amincit et devient violacée ; un troisième, par la destruction de la peau, qui présente tantôt des trous de petites dimensions faits comme à l'emporte-pièce, tantôt de larges ulcérations à fond rouge foncé, avec réaction inflammatoire presque nulle au voisinage ; par quelques-uns de ces orifices sortent de petites pierres, tantôt sous la forme de simples graviers, tantôt atteignant la dimension de petits pois ; ces ulcérations ne saignent pas, mais il en sort un pus épais, de coloration chocolat clair, à odeur fade et contenant de nombreuses parcelles blanchâtres de toutes dimensions ; enfin, ces ulcérations se cicatrisent, avec ou sans englobement de petites pierres non éliminées par la cicatrice qui est mince, peu rétractile, lisse, légèrement gaufrée, à contours irréguliers, sans pigmentation des bords. Les lésions occupèrent d'abord la jambe gauche, puis la jambe droite et se développèrent ensuite sur les différentes régions du corps sans symétrie, en respectant la tête, le cou, la paume des mains, la plante des pieds et les orteils.

En outre, le malade présentait une atrophie musculaire très étendue, et considérable, une diminution des mouvements des grandes articulations et des troubles trophiques de la peau (épaississement et desquamation sur les jambes, amincissement avec aspect lisse et coloration blanc violacé sur la face dorsale des doigts, rétraction et aspect lisse à la face postérieure des avant-bras, eschares au niveau du cancer et du sacrum).

Cachexie très accusée. Mort sous le chloroforme, alors qu'on se disposait à gratter les foyers purulents.

A l'autopsie, pas de lésions viscérales à noter, à l'exception d'ulcérations multiples de l'intestin grêle. Les lésions sous-cutanées étaient constituées par des masses calcaires enchâssées dans les tissus, sans que ceux-ci offrent la moindre réaction ; à la coupe ou après avoir brisé ces masses, il s'en échappait une matière molle, blanche, parfaitement semblable à de la crème, contenue dans des alvéoles ; le contenu de ces poches, après dessication à l'étuve, était formé de carbonate de chaux (6, 8 p. 100), de phosphate de chaux (67,7 p. 100), de phosphate de magnésie (2,1 p. 100), de matière organique (23,4 p. 100).

A l'examen microscopique, la tumeur était formée d'un tissu fibreux dense, creusé de quelques cavités kystiques et contenant des corps réfringents, d'aspect cristallin, de formes et de dimensions diverses, constituant presque en entier la matière crémeuse ci-dessus décrite ; au contact de certains de ces corpuscules ou parfois les englobant, on voyait des cellules mononucléaires et des cellules géantes, semblables à des grandes cellules de sarcome. G. T.

Eczéma.

Recherches expérimentales sur l'étiologie de l'eczéma (Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie des Eczems), par Bender, Bockhart et v. Gerlach. *Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1901, t. XXXIII, p. 149.

D'après ces recherches, les staphylocoques provenant de cultures sur agar et les staphylocoques isolés provoquent de l'impétigo staphylogène.

La toxine staphylococcique (obtenue par filtration de cultures sur bouillon) a toujours occasionné de l'eczéma.

La toxine staphylococcique mélangée de staphylocoques isolés, ainsi que les cultures ordinaires sur bouillon (dans lesquelles les deux sont réunis) déterminent de l'eczéma.

Ces mélanges agissent, par conséquent, de la même manière que la toxine staphylococcique seule. A. Doyon.

Étude histologique de l'action de la chrysarobine dans trois cas d'eczéma séborrhéique psoriasiforme (Histologische Studie über die Wirkung des Chrysarobins in 3 Fällen von psoriasisähnlichem seborrhoischen Ekzem), par M. Hodara. *Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1901, t. XXXII, p. 381.

Dans ce travail, H. étudie les modifications que l'emploi de la chrysarobine détermine dans l'eczéma séborrhéique psoriasiforme. Ces modifications consistent en une exfoliation des squames superficielles qui, à la suite de l'application de la chrysarobine, présentent une coloration lie de vin et un amas de pigment jaune. Au-dessous des squames, une partie plus ou moins grande de la couche épineuse est, par suite de l'action de la chrysarobine, nécrosée et transformée en une couche qui se desquame, laisse voir les amas de pigment et s'élimine comme les squames susjacentes. Au-dessous, les cellules épineuses sont en voie de prolifération (nombreuses mitoses) : il s'est formé une nouvelle couche épineuse et granuleuse plus épaisse qu'à l'état normal ; elle contient de nombreuses cellules hypertrophiées et bien colorées; il s'est, en outre, développé une couche cornée normale, qui

renferme un peu moins de pigment, paraît plus claire et plus blanchâtre que la couche cornée périphérique; la chrysarobine lui donne ensuite une teinte lie de vin. Plus tard on voit disparaître cette différence de coloration entre le centre et la périphérie de la plaque.

Dans le derme, le traitement par la chrysarobine amène le rétrécissement des capillaires et des vaisseaux dilatés, la disparition de l'œdème; les papilles œdématiées et hypertrophiées deviennent plus petites. L'épaississement des parois vasculaires et l'infiltration cellulaire périvasculaire persistent encore longtemps malgré le traitement à la chrysarobine.

Dans les parties où il y a récidive après ce traitement, on constate de nouveau une dilatation des capillaires. Il y a, en outre, plus ou moins d'œdème, principalement dans les papilles et la partie la plus superficielle du derme; les parois vasculaires sont épaissies et il existe une infiltration cellulaire au voisinage des vaisseaux et dans le tissu papillaire. Dans l'épiderme on voit, en quelques points de la couche cornée, un œdème parenchymateux et intercellulaire. Ici les fibres épithéliales sont modifiées, peu colorées ou complètement incolores. La kératohyaline disparaît et amène la formation de cellules cornées parakératosiques avec noyaux aplatis (parakératose); en outre, il se produit de nouvelles squames. Dans la partie basale de la couche épineuse, on constate une prolifération des éléments (acanthose); nombreuses mitoses, surtout dans les parties inférieures des prolongements interpapillaires.

Les modifications épidermiques varient suivant la région; en quelques points, on observe un œdème parenchymateux et intercellulaire (état spongoïde) et une kératinisation anormale (parakératose), en d'autres points kératinisation normale et absence d'œdème, en d'autres encore guérison spontanée, formation d'une couche granuleuse nouvelle et épaisse et d'une couche cornée normale. A. Doyon.

Éléphantiasis.

Éléphantiasis du clitoris et de son capuchon, par G. Bureau. *Gazette médicale de Nantes*, 1900.

Femme de 59 ans, ayant fait à l'âge de 16 ans une chute à califourchon sur les organes génitaux, suivie d'un écoulement sanguin; trois semaines après, il survint une petite tuméfaction à la partie supérieure de la vulve, qui augmenta progressivement de volume et finit par constituer une masse énorme que la malade était obligée de relever pour uriner. Trois érysipèles de la face : le premier à l'âge de 18 ans; le troisième, il y a six ans. Il n'y eut jamais de poussées inflammatoires au niveau des lésions vulvaires, notamment au moment des érysipèles de la face. Il y a deux mois, à la suite d'un effort pour soulever une lourde charge, écoulement de liquide clair qui continua sous la forme d'un suintement très abondant obligeant la malade à se changer quatre et cinq fois par jour et, en même temps, diminution progressive de la tumeur; bientôt infection de la fissure et production d'ulcérations. Néanmoins, la tumeur a encore le volume d'une tête de fœtus; elle est piriforme, légèrement pédiculée, dure, de consistance fibromateuse; sa surface est mamelonnée, irrégulière, couverte de végétations dont quelques-unes pédiculées; elle est entourée par les grandes lèvres hyper-

trophiées, végétantes et indurées et a pour origine le clitoris et son capuchon. Ablation. Guérison. Examen histologique : la partie profonde est formée de tissu fibreux compact composé de fibres onduleuses et très serrées; les parois des vaisseaux sont très épaissies, quelques artérioles complètement oblitérées; par place, infiltration de leucocytes disposés en amas ou en traînées; dans le derme, l'infiltration leucocytaire est encore accentuée et les traînées remontent jusqu'au sommet des papilles qui sont hypertrophiées. G. T.

Épidermolyse bulleuse.

Épidermolyse bulleuse habituelle et traumatique (Epidermolisi bollosa habituale traumatica), par L. Philippson. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, p. 586.

Femme de 61 ans, ayant depuis l'âge de 24 ans des éruptions bulleuses, localisées exclusivement aux mains, provoquées le plus souvent par quelque pression et se produisant principalement pendant les mois d'été; à deux reprises différentes, il y a quatre et il y a six ans, panaris des deux index ayant produit la nécrose des dernières phalanges; atrophie des parties molles de l'extrémité de tous les doigts; hyperkératose sous-unguéale. Pas de troubles de la sensibilité.

P. compare ce cas à l'épidermolyse bulleuse congénitale et trouve qu'il n'en diffère que par le début tardif, d'où la dénomination dans laquelle il le publie. G. T.

Épithélioma cutané.

Traitement de l'épithélioma cutané par la solution arsénicale de Cerny et Trunecek (Contributo alto studio della cura dell' epitelioma cutaneo colla miscela arsenicale Cerny-Trunecek), par S. Demonte. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, fasc. 5, p. 564.

D. a traité 11 cas d'épithélioma par la méthode de Cerny et Trunecek, et a obtenu la guérison dans 9 cas en un temps variant, suivant l'étendue de la tumeur, entre neuf et trente-trois jours; dans 2 cas seulement, il n'a pas eu les résultats attendus, parce que le traitement a dû être suspendu au bout d'un mois. Il considère donc cette méthode comme une heureuse modification du vieux traitement du cancer par l'acide arsénieux. G. T.

Traitement du cancroïde (Zur Therapie des Cancroïd), par O. Lassar. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1901, p. 249.

Femme de 62 ans, présentant sur la partie supérieure droite du nez une nodosité légèrement saillante, recouverte d'une croûte brune, du volume d'une grosse lentille, qui existerait depuis près de trois mois et se serait développée lentement. Sur un petit fragment excisé, on constata qu'il s'agissait d'un épithélioma au début; on prescrivit à la malade des pilules asiatiques à un milligramme : elle en prit mille en plusieurs mois à dose croissante et décroissante, soit dans ce laps de temps un gramme d'acide arsénieux, sans éprouver aucun malaise. Dès les premières semaines, on constate une régression continue de la petite tumeur. En dehors d'une légère coloration on ne voit qu'une cicatrice linéaire qui résulte de l'excision.

L. rapporte ensuite l'observation d'un homme de soixante-quatorze ans atteint d'un cancroïde de l'aile gauche du nez ; sous l'influence du même traitement il est guéri depuis huit ans et n'a pas eu de récidive jusqu'à présent. Il a, en outre, constaté dans plusieurs autres cas des résultats favorables analogues. A. Doyon.

Érythèmes.

Érythème multiforme et vaccination (Erythema multiforme and vaccination), par N. Walker. *British medical Journal*, 18 mai 1901, p. 1201.

W. a publié récemment un cas d'érythème polymorphe simulant une variole et survenu chez un individu récemment vacciné. Depuis lors, il en a rencontré quatre nouveaux cas et il croit qu'il y a un rapport de causalité entre l'érythème et le vaccin. L'éruption offre généralement le type de l'herpès iris, et affecte les membres du côté de l'extension. Les malades avaient été vaccinés avec de la lymphe glycérinée; la vaccine avait évolué normalement et les pustules étaient desséchées quand l'érythème est apparu, mais à ce moment les boutons de vaccine ont repris un aspect inflammatoire et ont présenté un peu de suintement. W. D.

Histologie d'une nouvelle variété frambæsiforme de l'érythème exsudatif (Reperto istologico di una nuova varieta, frambæsiforme di eritema essudativo), par A. Breda. *Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Festschrift gewidmet I. Neumann*, Vienne, 1900, p. 22.

B. rapporte l'examen histologique d'un cas d'érythème exsudatif frambæsiforme dont il a publié l'observation antérieurement (voir *Annales de dermatologie*, 1898, p. 925). Les lésions consistaient en une dilatation des voies lymphatiques et sanguines de l'épiderme, avec œdème et migration cellulaire très peu accusée dans le derme; dans la couche réticulaire, l'œdème prédominait sur la migration cellulaire; les papilles, soit isolément, soit par groupes, étaient le siège d'une imbibition séreuse interstitielle très prononcée, mais elles ne présentaient pas de leucocytose périvasculaire, presque pas de karyokinèse, pas de participation notable des tissus conjonctif et élastique; le surtout épidermique était pour ainsi dire complètement indemne. Les efflorescences vésiculaires étaient le résultat d'une hydropisie papillaire et non intra-épidermique. G. T.

Érythème ortié consécutif à une brûlure (Su di un caso di eritema urticato consecutivo a scottatura ; contributo alla teoria dell' intossicazione da scottature), par N. La Mensa. *Rassegna internazionale della Medicina moderna*, 1900, n°s 23-24.

Fillette de 11 ans, brûlures aux premier, deuxième et troisième degrés aux deux jambes et aux deux pieds à la suite d'une chute dans une fosse de chaux vive ; au bout de quelques heures, élévation de température qui atteint 40°,4, et urticaire sur les épaules, les bras et l'hypogastre, suivie d'urticaire dans les points occupés par les pemphi ; dans l'espace de douze jours, il se produit trois autres poussées urticariennes analogues et quelques élévations thermiques irrégulières, quelques vomissements et parfois du délire. Cette observation vient à l'appui de l'origine toxique des accidents consécutifs aux brûlures. G. T.

Contagiosité de l'érythème noueux, par A. Moussous. *Archives de médecine des enfants*, juillet 1901, p. 385.

M. a vu, à deux reprises différentes dans son service, l'érythème noueux se développer, quelques jours après l'entrée d'un enfant atteint de cette affection, chez son voisin de lit. Il pense que ces faits ne peuvent s'expliquer que par la contagion et en conclut que l'érythème noueux n'est pas une des modalités de l'érythème polymorphe, mais bien une affection spécifique, quoique la nouure puisse s'observer en dehors de l'érythème noueux proprement dit. Il fait remarquer que, si on observe dans cette affection des papules qui sont reliées aux nodosités par une série d'intermédiaires, on n'y rencontre pas les éléments maculeux et vésiculeux ou bulleux qui figurent au premier plan dans l'érythème polymorphe. G. T.

Esthiomène.

Recherches anatomo-pathologiques sur l'esthiomène (Ancora dell'estiomene ; ricerche anatomo-patologische), par C. Calderone. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 6, p. 663.

A l'examen histologique d'un esthiomène de la commissure inférieure de la vulve et de l'entrée du vagin, C. a trouvé, dans l'épiderme, des lésions de parakératose, dans les papilles une augmentation de nombre et de diamètre des capillaires qui ne présentent pas d'autres altérations ; dans le derme, les vaisseaux sont dilatés, leurs parois épaisses et se colorant mal, avec une périartérite et une mésartérite marquée, dans quelques points une endartérite diffuse en plaques ou même proliférante ; les faisceaux conjonctifs du derme, entre lesquels on trouve souvent un tissu embryonnaire de néoformation, sont le siège d'une infiltration plus ou moins uniforme, plus ou moins compacte de cellules lymphoïdes avec foyers périvasculaires spéciaux, les fibres élastiques sont abondantes, mais au-dessous de l'ulcération elles sont réduites en fragments disséminés ; en quelques points du chorion, il y a de petits foyers hémorrhagiques ; sur toute la surface de la coupe, mais surtout sous la base et sur les bords de l'ulcération, au voisinage des vaisseaux, on voit des cellules plasmatiques ; il y a également de nombreuses mastzellen.

Les lésions si prédominantes des vaisseaux peuvent faire penser qu'il s'agit d'une lésion parasyphilitique ; mais cette opinion, qui a déjà été soutenue par Bandler, est en contradiction avec la clinique qui ne relève d'antécédents cutanés de syphilis que dans 43 p. 100 des cas d'esthiomène et qui relève l'absence totale de syphilis dans 40,3 p. 100. On peut considérer la syphilis comme une cause prédisposante, mais non comme une cause déterminante de l'esthiomène.

C. a trouvé, comme Dubreuilh et Brau, de grandes ressemblances entre les lésions de l'esthiomène et celles des ulcères de jambe, dont il rapporte un examen histologique.

Il rapporte également un cas de lésion du prépuce très analogue cliniquement et anatomiquement à l'esthiomène : homme de 30 ans, ayant déjà eu deux ans auparavant des chancres simples ; un mois après le début d'un chancre du prépuce et à la place qu'il occupait, ulcération de la largeur d'une pièce de 5 centimes, à fond blanchâtre torpide, à sécrétion

ichoreuse, à bords relevés et légèrement calleux ; collection purulente sous-préputiale qui guérit rapidement après incision, mais persistance d'une partie de l'ulcération avec ses caractères ; circoncision et guérison ; à l'examen histologique, lésions vasculaires intenses comme dans le cas précédent, pas de bacilles de Ducrey.

Dans un cas d'esthiomène de la vulve, C. a trouvé des lésions analogues à celles du lupus, des foyers inflammatoires nodulaires, mais il n'y a pas rencontré de bacille de Koch et l'inoculation au cobaye a donné des résultats négatifs ; les lésions vasculaires étaient très prononcées.

Pour lui, l'esthiomène est un ulcère chronique inflammatoire simple, pouvant parfois revêtir l'aspect lupiforme, dont les graves lésions vasculaires et les surinfections accidentelles expliquent les apparences spéciales : ces lésions vasculaires n'étant pas susceptibles d'une guérison anatomique, les lésions cutanées qui semblent guéries se produisent souvent sans cause appréciable. G. T.

Favus.

Sur une nouvelle variété d'achorion isolée d'un cas de teigne faveuse localisé au scrotum, par A. Billet. *Miscellanées biologiques dédiées à Alfred Giard.* Paris, 1899.

De lésions au nombre de 13 occupant exclusivement la partie gauche du scrotum d'un jeune soldat, ayant l'aspect classique des godets faviques et mesurant de 2 à 5 ou 6 millimètres de diamètre et dont le début remonte à cinq jours seulement, B. a extrait un achorion dont les cultures présentent des caractères particuliers. Sur gélose nutritive de Sabrazès, il donne en vingt-quatre heures de petites élevures régulièrement hémisphériques, d'un blanc porcelainé, du volume d'une tête d'épingle, qui s'étendent rapidement, sont saillantes à leur centre, entourés d'une zone aplatie de filaments mycéliens serrés les uns contre les autres, d'égale longueur et affectant peu à peu une disposition spiralée de gauche à droite qui devient manifeste le huitième jour; en même temps, le centre commence à se déprimer, pour prendre l'aspect en godet, avec bords légèrement ondulés dès le quinzième jour; la couleur devient blanc crème à la surface supérieure, jaune foncé à la face inférieure; les colonies complètement développées ont environ 3 centimètres de diamètre. Sur les autres milieux, les cultures présentent également des caractères spéciaux, mais moins accentués que sur le précédent. L'inoculation des cultures a réussi sur la souris, mais a été surtout rapide chez le chat. Le malade tenait très probablement sa maladie d'un chat de l'infirmerie atteint d'une dermatose très étendue, mais que B. n'a pas vue lui-même. G. T.

Folliculites.

Folliculite suppurée aiguë du cuir chevelu (Acute suppurative folliculitis of the scalp), par W. Gottheil. *Journal of the American med. Assoc.*, 30 mars 1901, p. 859.

Une jeune fille de 16 ans a, au commencement de février, une pustule sur le bord frontal du cuir chevelu; il s'y forme une croûte qui tombe au bout de quelques jours en entraînant les cheveux.

Il se forme ensuite au sommet de la tête, puis sur tout le cuir chevelu, des pustules pilaires jaunes qui grandissent peu à peu, atteignent le volume d'un pois, se rompent et forment des croûtes agglutinant les cheveux; ceux-ci tombent sans résistance avec les croûtes et il reste des plaques glabres, rouges, douloureuses, d'aspect cicatriciel. Ce processus évolue pendant deux mois s'accompagnant de douleurs vives, d'adénite, d'amaigrissement et de perte de l'appétit. Parfois il se forme des abcès plus volumineux. Peu à peu la malade perd la presque totalité de ses cheveux et le cuir chevelu reste rouge, douloureux avec quelques petites mèches de cheveux respectés.

Les parties déglabrées se couvrent au bout de deux mois d'une repousse de poils follets autour desquels apparaissent de nouvelles pustules. Enfin, en avril, le processus s'arrête, les cheveux repoussent graduellement et à la fin de l'année elle était complète, les cheveux étant seulement un peu plus fins et moins noirs qu'avant. Le traitement a consisté en lavages de la tête pour faire tomber les croûtes et d'applications d'huile avec 3 p. 100 de xéroforme. W. D.

Granulome lupiforme.

Granulome innominé lupiforme du visage et du cou (Granuloma innominato lupiforme nel volto e nel collo), par T. DE AMICIS. *Festschrift zur Ehren von M. Kaposi.* Vienne, 1900.

Homme de 36 ans, ayant eu il y a un an un abcès de la région antérieure du cou, dont l'incision donna issue à une petite quantité de pus, et à la place duquel resta une petite ulcération superficielle à bords irréguliers légèrement infiltrés et à fond rouge obscur; il y a six mois, apparition à la lèvre supérieure d'un nodule rouge foncé, qui atteignit le volume d'une noix, puis s'ouvrit, et l'ulcération guérit à la suite d'une cautérisation au nitrate d'argent; au bout d'une quinzaine de jours, d'autres nodules parurent sur le bord libre de la narine droite, puis sur la partie gauche du dos du nez. A l'entrée à l'hôpital, sur le nez et la joue gauche, une tache à direction un peu oblique en bas et à gauche, mesurant 7 centimètres de long sur 2 1/2 de haut, à bords arrondis et légèrement ondulés, infiltrés, saillants surtout à gauche, tache de couleur rouge foncée, à surface excoriée en plusieurs points, d'aspect granuleux et presque villeux, avec des croûtes foncées jaunâtres assez adhérentes sur le dos du nez, ces croûtes recouvrant une surface qui sécrète une petite quantité de liquide puriforme et qui saigne facilement; sur la narine droite, infiltration constituée par de petits nodules rougeâtres confondus ensemble; lésions semblables à la base de la même narine, où il existe une infiltration formant une petite masse papillomateuse végétante; sur le cou, auprès du larynx, là où siégeait l'abcès, une petite tache infiltrée, large comme une pièce de 10 centimes, ayant les mêmes caractères que celle du visage, avec au centre une érosion qui se recouvre de croûtes brunâtres; petits ganglions mobiles indolents dans les régions inguinales et latéro-cervicales. Le traitement mercuriel donné dans le but d'éclairer le diagnostic n'ayant pas produit d'amélioration, on fit l'ablation des lésions au bistouri; guérison complète sans récidive au bout de dix-huit mois; pleurésie avec épanchement quelques semaines après l'ablation.

L'examen bactériologique ne permit de reconnaître ni la présence du bacille de Koch, ni celle des blastomycètes d'une façon générale et les cultures sur milieux variés restèrent stériles, ainsi que l'inoculation dans les cavités péritonéale et pleurale et dans le tissu sous-cutané du cobaye.

A l'examen histologique, on trouva une hyperplasie considérable du corps muqueux, avec des prolongements épidermiques profonds; dans le chorion, il y avait des îlots granulomateux renfermant des cellules assez larges (8 à 10 μ) à double contour, à protoplasma finement granuleux, de forme sphérique pour la plupart, quelques-unes irrégulières, ou comme coupées sur un de leurs bords, quelques-unes avec une sorte de noyau central falciforme.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une lésion d'origine infectieuse, mais il ne sait quel en est l'agent pathogène, et ne se prononce pas sur la nature des éléments cellulaires particuliers qu'il a rencontrés. Il fait remarquer la ressemblance clinique avec la blastomycose. G. T.

Lèpre.

Note sur un cas de lèpre anesthésique, par LESAGE et THIERCELIN. *Revue neurologique*, 30 juillet 1900, p. 650.

Homme dont l'observation a déjà été publiée par Monod et Reboul (voir *Annales de dermatologie*, 1889, p. 1012), a habité la Martinique et la Guadeloupe; en 1885 s'aperçoit, en se brûlant le petit doigt, qu'il a de l'anesthésie thermique; puis présente des signes de névrite périphérique symétrique des mains (anesthésie, atrophie musculaire), puis des panaris multiples avec nécrose des phalanges, des troubles trophiques des ongles, des maux perforants multiples des pieds. A l'autopsie, on constate que les lésions de névrite périphérique qui avaient été observées par M. Gombault au niveau de deux doigts anesthésiques amputés, font défaut sur des nerfs enlevés à mi-jambe et à mi-bras, au niveau des parties anesthésiques, qu'elles font également défaut dans plusieurs nerfs examinés en dehors de la paire anesthésiée; on ne trouve ni nodosités lépreuses ni bacilles de Hansen. Le diagnostic de lèpre se base sur la présence dans la moelle de lésions décrites précédemment par Jeanselme et P. Marie : altération de la bandelette en virgule et du triangle cornu marginal, conservation intacte d'une bande faisant partie du faisceau de Burdach et séparant la bandelette en virgule du cordon de Goll, altération totale du cordon de Goll avec intégrité des racines postérieures, du réticulum des colonnes de Clarke des colonnes antérieures et des faisceaux antéro-latéraux. G. T.

Cas rare de lèpre (A rare case of leprosy), par A. HANSEN. *Lepra*, 1900, fasc. 1, p. 3.

H. rapporte l'observation d'un malade dont il avait parlé à la Conférence de Berlin en 1897 : il s'agit d'un homme portant sur les paupières et les joues des lésions macroscopiquement semblables à des tubercules lépreux, mais ayant conservé toute sa barbe; à l'examen bactériologique, H. ne découvrit pas de bacilles; mais un an plus tard, les lésions ayant toujours la même apparence, il fit un nouvel examen et constata des lésions ayant tout à fait la structure des taches lépreuses, avec infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux sanguins renfermant un très petit nombre de

bacilles. H. n'a jamais vu l'éruption de la lèpre maculo-anesthésique prendre l'aspect macroscopique des tubercules lépreux; il se demande si dans ce cas il s'est agi de tubercules ne revêtant leurs caractères qu'au bout d'un certain temps, ou bien s'il s'agit d'un cas véritablement mixte se traduisant à la fois par des nodules et par des taches. G. T.

Lésions tuberculiformes de la peau avec cellules épithélioïdes, cellules géantes et nécrose dans la lèpre maculo-anesthésique (Ueber tuberkulosähnliche Veränderungen der Haut mit Auftreten von epithelioiden, Riesen — Zellen — und Nekrose bei Lepra maculo-anesthetica), par Klingmuller. *Lepra*, 1900, fasc. 1, p. 30.

K. a trouvé, chez un enfant de 10 ans, atteint de lèpre maculo-anesthésique, dans la peau et dans les nerfs, des lésions ressemblant à celles de la tuberculose (amas de cellules d'infiltration, cellules épithélioïdes et géantes, nécrose centrale). G. T.

Lésions lépreuses du gland (Zur Kenntniss der leprösen Affektionen an der Glans Penis), par L. Glück. *Lepra*, 1900, fasc. 1, p. 4.

On considère généralement les lésions lépreuses du gland comme très rares, elles sont même niées par quelques auteurs. Contrairement à cette opinion, G. a vu, sur quarante hommes atteints de lèpre, dix portant des lésions du gland, sous forme de tubercules ou d'infiltrations plates on d'infiltrations saillantes et aplaties; dans quelques cas exceptionnels, les infiltrations présentaient des ulcérations rondes et peu profondes, secrétant un pus contenant des bacilles; lorsque l'ulcération est située à l'extrémité du gland, elle produit après sa cicatrisation un rétrécissement de l'orifice de l'urètre.

Les infiltrations lépreuses du gland peuvent être confondues avec le chancre syphilitique, avec les plaques muqueuses et avec les gommes; le diagnostic est difficile entre les érosions syphilitiques plates et les infiltrations lépreuses plates du gland; il est facilité par l'existence des symptômes généraux caractéristiques de chacune des infections. G. T.

Lésions de la moelle, des nerfs périphériques et de la peau dans la lèpre maculo-anesthésique (Das Rückenmark, die peripheren Nerven und die Hautflecken bei der Lepra maculo-anesthetica. [Eine Untersuchung der anatomischen Veränderungen des Nervensystems und über das Vorkommen von Bacillen bei deiser Krankheit), par O. Woit. *Lepra*, 1900, fasc. 2, 3 et 4, p. 50, 103 et 179.

W. a axaminé la moelle épinière et les nerfs périphériques dans 5 cas de lèpre maculo-anesthésique, dans neuf macules cutanées provenant de six malades atteints de cette affection.

En ce qui concerne la moelle épinière, il a trouvé dans tous les cas un léger degré de dégénérescence des cordons postérieurs, atteignant la partie centrale des cordons de Burdach et de Goll à la région cervicale, le cordon de Goll seul dans les régions inférieure et thoracique de la moelle; la région lombaire était indemne et dans un cas la dégénérescence ne descendait pas au-dessous de la portion inférieure de la région cervicale; dans deux cas, les fibres nerveuses faisaient défaut sur les bords des cornes postérieures; en aucun point, il n'y avait de lésions inflammatoires. L'atrophie dégénérative portait surtout sur les gaines des fibres nerveuses et dans deux cas

seulement un petit nombre de cylindraxes avaient disparu. La substance grise ne présentait pas de lésions dégénératives, ni d'espaces vides et d'excavations. Les cellules ganglionnaires étaient à peine diminuées de nombre, mais quelques-unes présentaient des signes de dégénérescence : elles étaient arrondies; quelques-unes augmentées de volume, avec un noyau excentrique, d'autres dépourvues de noyau qui était remplacé par une masse de substance chromatique entourant le nucléole; dans quelques cellules, le pigment était augmenté : dans la portion lombaire de la moelle, les cellules ganglionnaires étaient bien conservées et leur noyau était normal. Les vaisseaux sanguins présentaient des lésions de sclérose. Sur les coupes transversales de la moelle, il y avait de nombreux corps amylacés dans la plupart des cas. Dans un cas, il y avait de petits foyers d'exsudation et dans deux cas quelques hémorrhagies. Sur aucune des coupes, on ne trouva de bacilles. Dans un cas, on trouva par la méthode Ziehl-Neelsen des masses rouges sphéroïdales autour des vaisseaux sanguins.

W. pense que ces lésions n'ont pas de signification spécifique de la lèpre, car elles peuvent s'observer dans d'autres maladies, en particulier dans celles qui provoquent la cachexie : la dégénérescence atrophique des cordons postérieurs doit être regardée comme secondaire; elle ne dépend pas d'une cause locale, bacillaire, et ne peut non plus être entièrement rapportée à la névrite périphérique, quoique W. soit porté à admettre que celle-ci a quelque importance; mais elle doit plutôt être mise sur le compte de l'âge et de l'état cachectique du malade.

L'examen des nerfs périphériques a montré que les filets cutanés sont dégénérés d'une façon prononcée, tandis que les filets musculaires n'ont montré que peu ou pas de lésions dégénératives; les nerfs qui se rendent à la peau sont les premiers atteints et ceux qui sont destinés aux muscles sont atteints plus tard ou épargnés. Il y a une dégénérescence atrophique ascendante des nerfs sensitifs. Les indices les plus précoces des lésions des nerfs occupent leur partie la plus périphérique. Dans son ensemble, le processus dégénératif part de la périphérie et on peut éliminer complètement l'origine centrale de la névrite lépreuse. Les processus aigus lépreux des nerfs peuvent disparaître, guérir, disent Hansen et Looft, mais la dégénérescence atrophique des fibres continue.

Dans les macules de la lèpre maculo-anesthésique, W. a trouvé des bacilles en petit nombre chez deux malades (sur neuf taches provenant de six malades), tandis que dans les infiltrations superficielles provenant de cas considérés comme des cas de « lèpre nerveuse », et qu'il regarde comme appartenant réellement à la lèpre tubéreuse, les bacilles existent constamment en grandes quantités.

Les symptômes de la lèpre maculo-anesthésique, suivant W., peuvent s'expliquer par la dégénération ascendante des branches nerveuses sensitives. La disposition symétrique des macules est un phénomène d'ordre vasculaire et non d'origine nerveuse.

Dans deux cas, W. a trouvé dans les troncs nerveux de nombreux foyers circonscrits d'hyperplasie conjonctive, sous la forme de petits amas ronds constitués par des couches concentriques. G. T.

Lésions viscérales chez les lépreux (Die Visceralerkrankungen bei Leprösen), par J. SCHÆFFER. *Lepra*, 1900, fasc. 1, p. 11 et 1901, fasc. 2, p. 57.

Il est impossible actuellement de différencier d'une façon certaine les bacilles de la lèpre et de la tuberculose en se fondant sur leurs caractères morphologiques et tinctoriaux. Les bacilles de la tuberculose peuvent être décelés plus longtemps après avoir été traités par les réactifs chimiques, surtout les acides, que les bacilles de la lèpre qui sont détruits bien plus rapidement par ces manipulations. Les bacilles de la lèpre sont aussi bien intracellulaires qu'extracellulaires. Les cellules lépreuses remplies de bacilles et parsemées de vacuoles sont si caractéristiques qu'elles suffisent pour le diagnostic de la néoformation lépreuse. A côté des cellules géantes de la lèpre, contenant le plus souvent des amas de bacilles, il existe aussi dans es lépromes purs des cellules géantes de Langhans.

Il existe dans les viscères des lésions incontestables de lèpre pure dans lesquelles on ne peut admettre l'existence d'une infection mixte tuberculo-lépreuse, ainsi que le montrent tant l'examen microscopique (structure histologique des lépromes typiques) que le résultat négatif de l'inoculation aux animaux. L'examen microscopique de ces lésions montre des infiltrations composées de cellules lépreuses remplies de bacilles et de vacuoles, avec de rares lymphocytes et des cellules plasmatiques sans aucune trace de nécrose. Même avec des infiltrats lépreux abondants, les modifications dans l'état macroscopique des viscères peuvent être très faibles ou manquer totalement.

Des lésions certaines de lèpre pure ont été observées dans la rate, dans le foie et dans les testicules, plus rarement dans l'intestin, dans les poumons et dans les reins, exceptionnellement dans le pancréas, dans les capsules surrénales et dans les ovaires.

La plupart des auteurs signalent comme un fait remarquable que les lépreux sont très fréquemment atteints de tuberculose; la preuve irréfutable d'une telle infection mixte n'a pourtant été fournie jusqu'ici par l'inoculation aux animaux que pour les poumons.

En dehors de la lèpre viscérale à lépromes histologiquement démontrables, il existe encore des lésions particulières des viscères, état polypeux du péritoine, de la plèvre et du péricarde, noyaux de nécrose étendus dans les organes, surtout dans la rate et dans le foie (autopsie d'Arning). L'examen microscopique décèle aussi, à côté des infiltrats typiques de cellules lépreuses, des lésions ayant tout à fait l'aspect de la tuberculose, avec bacilles peu nombreux et nécrose très étendue.

Il n'est pas possible actuellement de trancher, au moyen de l'histologie, la question de savoir s'il s'agit dans ces cas de lèpre pure ou d'une association avec la tuberculose, et il est à prévoir que cette question ne sera résolue définitivement que par l'expérimentation sur les animaux. G. T.

La culture du bacille de la lèpre et la prétendue léprine (Ueber Züchtungs-Versuche des Leprabacillus und über sogenanntes « Leprin »), par SCHOLTZ et KLINGMÜLLER. *Lepra*, 1900, fasc. 3, p. 93.

S. et K. rappellent les diverses tentatives de culture du bacille de la lèpre et déclarent qu'aucune de celles qui ont été publiées jusqu'ici n'a donné

une preuve convaincante que leurs auteurs soient parvenus à cultiver ce bacille ; pour eux, les bacilles qui ont été isolés des lésions lépreuses n'ont très probablement aucune relation avec le processus lui-même.

Ils ont cherché à leur tour à cultiver ce bacille et n'ont pu réussir à l'isoler : ils ont dans ce but expérimenté l'agar simple, l'agar glycériné, l'agar sucré et maltosé, l'agar additionné de liquide d'ascite, le sang, le sérum de sang humain, la gélatine, le bouillon, le bouillon d'ascite, les pommes de terre simples ou glycérinées, ayant une réaction neutre, acide ou alcaline, les différents milieux à l'agar et à la gélatine additionnés de sang frais de lépreux, des milieux contenant de la mucine et de la peau d'homme.

Ils n'ont réussi, ni avec la glycérine à des températures de 37° et au-dessus, ni avec l'eau à la température de 90 à 95°, à extraire des lépromes frais ou anciens, contenant d'énormes quantités de bacilles, une substance donnant chez les lépreux la même réaction que la tuberculine chez les tuberculeux. G. T.

La recherche du bacille de Hansen dans le sang des lépreux et la manière dont se comporte ce bacille dans les tissus lépreux inoculés aux animaux (Sulla ricercha del bacillo di Hansen nel sangue dei leprosi e sul comportamento di esso e dei materiali leprosi inoculati negli animali), par B. AZZARELLO. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 2, p. 173.

A. a recherché le bacille de Hansen dans le sang de six lépreux à de nombreuses reprises et dans des conditions différentes, au moment et en dehors des accès fébriles. Il conclut de ses recherches que la question de la présence du bacille dans le sang en dehors des accès ne peut être résolue en examinant le sang obtenu par la piqûre des lépromes ou de la peau saine en apparence, car on peut, par ce procédé, constater la présence du bacille soit d'une façon constante soit d'une façon inconstante en des points de la peau qui ne présentent pas d'altération apparente. Mais, quand on le recherche en des points de la peau réellement sains, on ne le trouve pas en dehors des accès. On peut faire la démonstration de son absence par l'impossibilité constante de le trouver dans le sang extrait par la piqûre d'une région donnée chez certains malades ; on peut aussi la faire en examinant le sang obtenu par la saignée. Au contraire, au cours des accès fébriles, le sang renferme le bacille. D'une série d'expériences d'inoculations de tissus lépreux au lapin, au chien et à l'anguille, A. conclut que le bacille lépreux ne se multiplie ni dans les infiltrations des tissus voisins des fragments inoculés, ni dans les organes internes. Suivant qu'on a inoculé du sang, du suc étendu de lépromes ou des fragments de lépromes, et suivant les animaux, les bacilles inoculés peuvent être détruits plus ou moins rapidement, ou persister un temps variable ; mais ils ne persistent que dans le nodule inoculé et avec lui, peuvent être la cause du développement de tissu embryonnaire et probablement aussi d'une réaction suppurative. G. T.

La lèpre en Crète, par EHLERS et CAHNHEIM. *Lepra*, 1900, fasc. 1 et 3, p. 29 et 126.

E. et C. ont, à la demande du haut commissaire de Crète, fait une enquête sur la lèpre dans ce pays.

L'isolement des lépreux existe depuis fort longtemps en Crète; mais il y manque absolument son but, parce que les lépreux sont forcés de recourir à la mendicité pour subsister, qu'au lieu de rester isolés dans les léproseries ils cheminent et vagabondent dans tout le pays, qu'ils sont propriétaires de huttes dans les léproseries et les sous-louent à des personnes saines, et qu'enfin ils font du commerce pour les personnes saines.

Les paysans crétois ont une salutaire crainte de la contagion et connaissent très bien les symptômes de la lèpre, de sorte qu'ils la reconnaissent très exactement et que le plus grand nombre des sujets atteints est signalé. Cependant, en examinant tous les membres des familles où avaient été signalés un ou plusieurs cas de lèpre, E. et C. ont pu en découvrir un assez grand nombre de cas inconnus, soit très nets, soit surtout peu accusés et à leur début.

En Crète, comme dans les pays chauds en général, la lèpre revêt plus souvent que dans les pays du Nord la forme anesthésique qui est la plus bénigne et les névralgies lancinantes, qui sont si terribles, y sont bien moins fréquentes que dans le Nord. On y observe une quantité surprenante de maux perforants, en raison de l'habitude des Crétois pauvres de marcher nus ou sans bas avec des bottes très étroitement ajustées qu'ils n'enlèvent que rarement, de sorte que les semelles s'effritent et tombent, laissant le pied nu et la jambe comprimée par la tige de la botte. Ces habitudes ont pour conséquence la prédominance des lésions sur les extrémités inférieures, tandis qu'habituellement elles prédominent dans la lèpre sur le visage et les membres supérieurs.

E. et C. ont observé en Crète 9 cas de lèpre fruste caractérisés par des anesthésies localisées avec ou sans paralysies ou atrophies musculaires très limitées, sans tubercules cutanés ou muqueux, sans chute des poils, sauf quelquefois une chute incomplète des sourcils; ils insistent sur la camptodactylie comme manifestation de ces lèpres larvées.

Les enquêtes officielles antérieures à celles de E. et C. avaient constaté la présence en Crète de 360 lépreux; les régions dans lesquelles ils ont fait les recherches les plus minutieuses comptaient dans ce relevé pour 156 lépreux; E. et C. en ont découvert 27 autres. La proportion des lépreux par rapport à la population varie de 0 à 4 pour 1000.

E. et C., à la suite de leur enquête, ont proposé une législation consistant surtout en déclaration obligatoire de la lèpre, inspection médicale de tous les suspects, isolement et internement forcé des lépreux dans une colonie située sur une presqu'île. G. T.

Le traitement mercuriel de la lèpre, par Ehlers. *Lepra*, 1900, f. 1, p. 43.

E. rappelle que la syphilis, la tuberculose et la lèpre sont trois maladies de la même famille; le mercure réussit très bien contre certaines tuberculoses. Dans la lèpre, Ehlers a observé des résultats très satisfaisants du traitement mercuriel, qui a été préconisé, dans ces dernières années, par Haslund, R. Crocker et Weish et que les médecins irlandais des deux derniers siècles ont souvent employé contre cette affection. G. T.

Sur un cas de lèpre tuberculeuse. Traitement par l'huile de chaulmoogra. Amélioration très rapide, par Brousse et Vires. *Lepra*, 1900, fasc. 4, p. 155.

Homme de 45 ans, né à Aigues-Mortes (Gard), et ayant vécu huit ans en

deux reprises en Algérie; seize ans après la fin du deuxième séjour en Algérie, début de lèpre par des douleurs dans les membres inférieurs ; lèpre tuberculeuse avec lésions considérables du visage, et éruption maculeuse généralisée sur le tronc et les membres; après l'usage de l'huile de chaulmoogra, pendant dix-sept mois, à une dose moyenne de vingt-sept gouttes par jour que l'intolérance gastrique ne permit pas de dépasser, amélioration considérable: les forces sont revenues, les poils du corps ont repoussé, la plupart des tubercules ont disparu, l'éruption érythémateuse généralisée s'est changée en taches maculeuses, l'anesthésie a presque complètement disparu. G. T.

Traitement de la lèpre par les injections sous-cutanées d'huile de chaulmoogra, méthode du Dr Tourtoulis Bey. Étude critique, par Du Castel. *Lepra*, 1901, fasc. 2, p. 107.

D. rapporte quatre observations de lépreux traités par les injections sous-cutanées d'huile de chaulmoogra suivant la méthode préconisée par Tourtoulis Bey (Voir *Annales de Dermatologie*, 1899, p. 721.)

Ces injections sont souvent très douloureuses, ce qui empêche chez presque tous les malades de les continuer d'une façon régulière. Elles provoquent une réaction inflammatoire du tissu cellulaire et la formation de noyaux persistants d'inflammation dans ce tissu; de plus, elles donnent facilement lieu à la production d'embolies pulmonaires graisseuses. Leur action semble se faire sentir dans les formes tuberculeuses, dont les lésions diminuent, parfois même disparaissent plus ou moins complètement, et pour un temps variable, que dans les formes nerveuses. Il semble jusqu'à nouvel ordre que ce traitement doive rester un traitement d'exception. G. T.

Cas de lèpre tuberculeuse avec localisation à la plante des pieds. Traitement par la thyroïdine, l'airol, le sérum de Carrasquilla, l'huile de chaulmoogra, etc. (Ein Fall von Lepra tuberosa mit Lokalisation an den Fussohlen, Behandlung mit Thyreoidin, Airol, Carrasquilla's serum, Ol. Chaulmoogra, u. a.), par Rille. *Lepra*, 1901, fasc. 1 et 2, p. 7 et 88.

Jeune Roumain, âgé de 15 ans, présentant à la plante des pieds de nombreuses nodosités aplaties, isolées ou confluentes, de couleur rouge clair et d'un brillant mat, dépassant les bords interne et externe du pied; ces nodosités se sont produites pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Il ne saurait être question d'un syphilide plantaire, ainsi que le montrent l'aspect des efflorescences, leur développement et leur longue durée, la structure typique du nodule lépreux et la présence des bacilles spécifiques. R. fait remarquer que ce fait vient à l'encontre de l'affirmation émise par Danielssen et Boeck, que les lésions de la lèpre nodulaire n'existent ni au cuir chevelu, ni au gland, ni à la paume des mains, ni à la plante des pieds. G. T.

Lichen.

Lichen ruber pemphigoïde (Lichen ruber pemphigoïdes), par Bettmann. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 1.

Dans un petit nombre de cas de lichen ruber plan, on a vu apparaître des bulles et des vésicules. B. rapporte le cas suivant: fillette de 12 ans,

atteinte depuis environ six mois d'une affection très prurigineuse occupant le cou, la nuque, les régions inguinale et carpo-métacarpienne, caractérisée par des plaques sèches, rouges, dures, légèrement squameuses. A la périphérie des plaques, il y a quelques efflorescences primaires typiques, ce sont des papules ombiliquées ayant le brillant de la cire qui ont permis de faire le diagnostic. Sous l'influence de la liqueur de Fowler la maladie guérit lentement dans l'espace de dix semaines. Mais, la sixième semaine après le début de la médication arsenicale, il survint sur la peau malade de la région lombaire six à huit vésicules du volume d'un pois remplies d'un liquide clair et qui se desséchèrent en peu de temps en laissant une légère pigmentation.

B. regarde dans ce cas les bulles comme produites par une action parergique de l'arsenic; il est possible aussi qu'il s'agisse d'une évolution circonscrite spéciale du lichen ruber.

Dans un deuxième cas, que B. rapporte très en détail, il s'agit d'un malade atteint d'une éruption très prurigineuse pour laquelle un médecin conseilla une pâte de zinc (?) avec laquelle ce malade fit une onction sur les jambes. Dès le lendemain, malgré la suppression de la pommade, des bulles apparurent, sur la jambe droite, le tronc et les membres, donc sur des régions non frictionnées ; à son entrée à la clinique, on constata un lichen ruber plan typique, avec de nombreuses bulles. Il y a lieu de noter que ce malade n'avait pris aucun médicament interne avant son admission à l'hôpital.

Le symptôme le plus intéressant de ce cas consiste dans la formation de bulles et, à ce point de vue, B. se demande si les formes bulleuses du lichen ruber constituent une variété spéciale, atypique, de la maladie, c'est-à-dire un lichen ruber pemphigoïde dans le sens de Kaposi? ou bien si la formation des bulles est une conséquence de la maladie ou un symptôme parergique du traitement arsénical? ou enfin si on a affaire à une combinaison de lichen ruber et de pemphigus, c'est-à-dire à une juxtaposition accidentelle de deux maladies de la peau différentes? A. DOYON.

Lichen plan de la muqueuse uréthrale (Lichen planus der Urethralschleimhaut), par L. HEUSS. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1900, t. XXXI, p. 470).

Jeune homme présentant des plaques de lichen caractérisées sur la face interne des deux joues, principalement à droite, ainsi que sur le bord gauche de la langue. Il existe aussi quelques efflorescences typiques de lichen plan annulaire sur la face inférieure du pénis et sur le scrotum.

Les autres régions du corps sont indemnes; pas de prurit, ni de malaises subjectifs. Mais dans ces derniers temps, immédiatement après la miction et aussi dans les intervalles, le malade éprouve souvent une sensation de chatouillement dans la partie antérieure de l'urètre et au méat. L'examen uréthroscopique permit de constater, à peu près au milieu du pénis sur la paroi supérieure, deux plaques blanc bleuâtre se détachant nettement de la muqueuse rouge. En un point, on peut reconnaître sur la plus grosse plaque un réseau de fines traînées blanches. Ces plaques n'ont pas le caractère d'une infiltration blennorrhagique ; elles résultent d'un épaississement de la muqueuse.

En l'absence de tout antécédent blennorrhagique et en tenant compte des autres constatations, il s'agissait évidemment d'un lichen plan de la muqueuse uréthrale. Ce diagnostic fut confirmé par les résultats du traitement arsénical; un nouvel examen fit alors constater la disparition complète des plaques uréthrales. A. Doyon.

Lupus érythémateux.

Lupus folliculaire disséminé et rapports entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux (Ueber Lupus follicularis disseminatus und ueber die Beziehungen zwischen Lupus vulgaris und Lupus erythematosus), par Saalfeld. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 225.

Malade de 24 ans. Sur le visage on remarque de nombreuses efflorescences papuleuses, les unes isolées, les autres confluentes, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un pois, reposant sur une peau normale ou légèrement rouge. La couleur des papules est rouge-brun, légèrement transparente. La consistance est molle, élastique. Si l'on comprime avec une lamelle de verre, la couleur des nodosités disparaît complètement ; il ne reste qu'une coloration jaunâtre typique, correspondant aux nodosités du lupus vulgaire. L'éclairage phanéroscopique montre que les efflorescences ont une transparence extraordinairement nette.

Entre ces éruptions, on voit disséminées sur les parties latérales du visage de nombreuses pustules d'acné indurée et pustuleuse.

L'examen microscopique ne laisse aucun doute sur la nature tuberculeuse de la maladie. L'épiderme au-dessus du centre des nodosités est un peu aminci en quelques points. Les follicules sont dilatés, entourés, ainsi que les glandes sébacées, d'une infiltration de cellules rondes. Les nodosités les plus volumineuses, dont le centre est en dégénérescence caséeuse, renferment des cellules géantes, nombreuses et volumineuses avec noyaux distincts et nucléoles bien formés. La recherche du bacille fut négative.

Une fois le caractère lupique de l'affection bien établi. Liebreich soumit le malade au traitement par la cantharidine. Le résultat fut le suivant : les petites nodosités s'affaissèrent peu à peu ; il ne resta que quelques-unes des plus grosses nodosités, actuellement elles sont aussi en voie de régression. Le malade supporte très bien la cantharidine et on peut espérer une guérison complète. Ce cas peut contribuer à élucider les rapports qui existent entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux. Ce dernier est, comme on le sait, rangé par un grand nombre d'auteurs dans la tuberculose de la peau; il ne constituerait pas, il est vrai, une forme pure, mais rentrerait bien plutôt dans les tuberculides. Le point anatomique de raccord entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux pourrait être le lupus folliculaire disséminé. Le lupus érythémateux discoïde débute sous la forme de séborrhée congestive. Contre cette opinion émise d'abord par F. V. Hebra, des objections ont été faites par différents auteurs, notamment par Jarisch. A. Doyon.

Étiologie du lupus érythémateux de Cazenave (Zur Aetiologie des Lupus erythematosus Cazenave), par v. Poor. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 103.

Le lupus érythémateux est-il ou non d'origine tuberculeuse? Les parti-

sans de cette opinion donnent les arguments suivants en faveur du rapport étiologique du lupus érythémateux avec la tuberculose.

Le lupus érythémateux survient le plus souvent chez des malades tuberculeux ou chez des sujets dans la famille desquels la tuberculose existe.

Le lupus érythémateux présente habituellement une réaction générale ou locale sous l'influence des injections de tuberculine de Koch. On trouve fréquemment dans le lupus érythémateux des cellules géantes. Entre le lupus érythémateux et le lupus tuberculeux vulgaire indéniable, il existe des formes de transition et souvent on rencontre des foyers tuberculeux dans le lupus érythémateux (lupus érythématoïde Leloir).

P. rapporte ensuite 12 cas qu'il a eu l'occasion d'observer et dans lesquels le lupus érythémateux n'a jamais été directement combiné avec la tuberculose ; dans 9 de ces cas on ne pouvait pas trouver une seule fois le plus léger indice de tuberculose. Ce qui est remarquable, c'est que la plupart des malades avaient des occupations qui les exposaient à des températures élevées, à des changements brusques de température. Cette remarque avait déjà été faite par Malcolm Morris. On a donné aussi comme cause de cette affection la lumière du soleil ; la preuve en serait que la plupart des cas de lupus érythémateux apparaissent précisément pendant l'été.

Le lupus érythémateux de Cazenave ne peut jusqu'à présent être rapporté ni à l'infection tuberculeuse directe occasionnée par les bacilles de Koch, ni à l'intoxication provoquée par l'action de leurs toxines.

Vraisemblablement cette affection n'a pas une étiologie unique ; mais elle est le résultat d'irritations périphériques et centrales de nature et d'intensité variables sur le tégument externe de personnes dont les réactions sont différentes. A. Doyon.

Traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence à l'hôpital Broca, technique opératoire, électrode condensatrice réglable, par F. Bisserié. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 février 1901.

B. a soumis au traitement par les effluves de haute fréquence 62 malades atteints de lupus érythémateux, dont 14 sont encore en traitement; sur les 48 malades dont le résultat est acquis, le traitement a complètement échoué chez 8, 7 ont abandonné le traitement et peuvent être rangés parmi les insuccès, 33 sont actuellement guéris depuis un temps variant de deux ans à six mois.

B. a modifié l'instrumentation et emploie une électrode condensatrice qui permet de varier l'intensité des effluves.

Il importe, dans le traitement du lupus érythémateux, de tâter la susceptibilité des malades, car les effluves peuvent produire des accidents analogues à ceux provoqués par les rayons Röntgen. Au début on doit se servir d'effluves faibles et ne pas en prolonger la durée plus de trois minutes ; d'après les résultats de la première séance, on voit si on peut employer des effluves d'une puissance plus grande ; s'il se produit en cours du traitement des accidents locaux, on espace les séances, qui habituellement doivent être faites deux ou trois fois par semaine au maximum. Il faut toujours attaquer la lésion par les bords en dépassant assez largement les limites du mal. Le

traitement provoque une rougeur assez vive des tissus sur une étendue de 2 ou 3 centimètres autour des points soumis aux applications, il se forme des croûtelles qui laissent après elles une cicatrice luisante et qui se reproduisent plusieurs fois jusqu'à ce que les tissus sains se substituent aux tissus malades ; à ce moment il ne se produit pas de croûtelle, mais simplement dessiccation des régions directement soumises à l'action des effluves : quand on constate ce phénomène, indice d'une guérison prochaine, il faut espacer de plus en plus les séances et ne faire usage que d'effluves de faible puissance ; la peau devient alors souple et lisse, en conservant encore une coloration plus vive que les tissus normaux; quelquefois elle reste brune ou encore est décolorée et entourée d'une zone fortement pigmentée. La durée des séances varie de deux à cinq minutes par placard. La durée totale du traitement est assez longue; le maximum a été de 70 séances, le minimum de 25.

Cette méthode à pour avantage d'être à peu près indolore, en tout cas bien moins douloureuse que les scarifications et les pointes de feu; de se faire par séances courtes, de ne nécessiter aucun pansement consécutif, de ne laisser que fort peu de traces après la guérison.

C'est surtout le lupus érythémateux symétrique aberrant qui est justiciable de ce traitement qui, s'il constitue le traitement de choix pour le lupus érythémateux en général, n'est certainement pas cependant le remède héroïque de cette affection. G. T.

Lupus vulgaire.

Traitement photothérapique du lupus (Phototherapy in cutaneous medicine. On account of a visit to professor Finsen's light institute at Copenhagen), par H. Stelwagon. *University medical Magazine*, décembre 1900, p. 687.

S. raconte une visite à l'Institut Finsen; il décrit l'instrumentation employée et manifeste hautement son enthousiasme pour les résultats qu'il a constatés dans le lupus ainsi que pour la manière philanthropique et scientifique dont le traitement est conduit. W. D.

Traitement du lupus par la méthode de Finsen (Remarks on Finsen's light treatment of lupus and rodent ulcus), par M. Morris et E. Dore. *Bristish medical Journal*, 9 février 1901, p. 326.

Après avoir exposé la technique de la méthode, M. et D. déclarent que dans aucune maladie elle ne réussit aussi bien que dans le lupus vulgaire, et ils rapportent des observations accompagnées de photographies qui confirment les bons résultats déjà obtenus par divers auteurs. Les muqueuses sont difficilement atteintes, sauf la muqueuse nasale quelquefois atteinte par transparence. Il faut un an pour guérir un lupus de quelque importance.

Dans quelques cas d'ulcus rodens, le traitement de Finsen a remplacé l'ulcère cancéreux par une plaie de bonne nature qui s'est cicatrisée.

Dans le lupus érythémateux, les résultats de ce traitement ont été assez inconstants. W. D.

Valeur des injections de calomel dans le lupus (Valore che deve accordarsi alle iniezioni di calomelano nel lupus), par Verroti. *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1900.

V. rapporte 4 observations de lupus (3 de lupus pur, 1 de lésions mixtes

syphilitiques et lupiques) traitées à la clinique de T. de Amicis par les injections de calomel. Dans tous les cas, il a été nécessaire d'associer aux injections de calomel une médication locale. Sauf dans le dernier cas, l'état général des malades a été altéré par le traitement mercuriel et ils ont présenté des troubles dus à l'anémie.

V. conclut de ses observations que, dans le lupus pur, les injections de calomel n'ont aucune action contre l'élément anatomique primitif, elles produisent quelquefois une légère régression des lésions secondaires par suite des modifications circulatoires locales, ce qui n'a rien de spécial au lupus ; dans le lupus pur, les injections de calomel ont une action nuisible sur le sang et déterminent une diminution de l'hémoglobine, des globules rouges et blancs ; elles ne peuvent donc être élevées au rang de méthode curative ; les cas de guérison publiés sont des faits de syphilis ignorée ou des faits dans lesquels on ne peut exclure l'élément syphilitique ; la valeur des injections de calomel pour le diagnostic des lésions syphilitiques reste donc intacte. G. T.

Médicamenteuses (Eruptions).

Éruption roséoliforme consécutive à des injections de salicylate et de protochlorure de mercure (Esantema roseoliforme da iniezioni di salicilato e protoclorurio di mercurio), par V. Allgeyer. *Riforma medica*, 1901, nº 20.

Femme de 23 ans, syphilitique depuis trois mois environ. Quatre jours après la dernière de 4 injections de 5 centigrammes de salicylate de mercure faites à une semaine d'intervalle (il n'y avait pas eu de roséole dans les semaines qui avaient suivi les premières plaques muqueuses), éruption de taches érythémateuses survenue sans troubles subjectifs, qui disparut en une semaine ; quatre nouvelles injections de 5 centigrammes ne sont suivies d'aucune éruption ; quelques semaines après, une injection de 6 centigrammes est suivie de prurit et, le lendemain, d'une éruption de nombreuses taches érythémateuses de dimensions variées allant jusqu'à celles d'une pièce de 5 centimes sur toute la peau du tronc : l'éruption disparaît en trois jours ; une nouvelle injection, de 7 centigrammes de salicylate de mercure, est suivie d'une éruption analogue occupant le dos, les flancs, le côté de l'extension des bras et des avant-bras atteignant son maximum en vingt-quatre heures, et accompagnée de diarrhée et d'albuminurie : l'éruption disparaît en quatre jours ; des injections de sublimé ne provoquent aucune éruption, tandis que deux injections de calomel déterminent un érythème analogue aux précédents ; une injection de 5 centigrammes de salicylate de mercure n'en provoque pas ; une injection de 8 centigrammes de salicylate détermine une éruption érythémateuse, mais n'exagère pas l'albuminurie qui persistait depuis quelque temps ; les pilules de protoiodure produisent des troubles gastriques, mais ne causent ni éruption ni albuminurie. G. T.

Formes graves des exanthèmes mercuriels (Ueber schwere Formen von Merkurial-Exanthemen), par Berliner. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 13.

Une femme de 42 ans, atteinte de syphilis, fut soumise à des frictions.

Jusqu'à ce moment elle avait été très bien portante. Dès les premières frictions (à 3 grammes d'onguent napolitain par jour) il survint sur les jambes une éruption qui, même après la cessation du traitement, s'étendit à toute la surface cutanée. Lors de son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant : le visage tout entier est boursouflé, œdématié, noir bleu; tout le tronc est recouvert de nombreuses pétéchies qui entourent les orifices folliculaires, tandis que la peau voisine présente une coloration rouge scarlatineuse qui disparaît à la pression; desquamation furfuracée en quelques points, lamelleuse en d'autres. Les membres sont le siège de lésions analogues; toutefois, sur la face dorsale des mains et des pieds, ainsi que sur les avant-bras, l'épiderme est soulevé en forme de larges bulles aplaties dont les unes sont rompues et sécrètent une abondante sérosité. Les éruptions bulleuses augmentent les jours suivants et la malade est mise dans le bain continu. Les bulles des membres se desséchèrent ensuite, la sécrétion diminua notablement; mais la peau du visage et des membres prit la couleur de celle d'une négresse et celle du reste du corps une teinte tenant le milieu entre le jaune et le jaune brun. La malade, au moment de sa sortie de l'hôpital, accuse encore du prurit la coloration de la peau est un peu modifiée et est devenue moins foncée ; un an après le début de la maladie il restait encore une pigmentation très prononcée sur le thorax et sur les parties inférieures du dos.

Dans ce cas, on ne saurait admettre une intoxication, en raison de la faible proportion de pommade mercurielle employée (30 grammes en dix jours) et, d'autre part, en raison de l'absence de mercure dans l'urine. Selon B., il s'agirait d'une simple idrosyncrasie qui ne s'expliquerait, comme dans les cas publiés par Rosenthal, que par l'hypothèse d'une action réflexe sur les ganglions vaso-moteurs. A. Doyon.

Mycosis fongoïde.

Casuistique et thérapeutique du mycosis fongoïde (Beitrag zur Kasuistik und Therapie der Mycosis fungoïdes), par Schiffmacher *Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, 1900, t. LXVIII, nos 5 et 6.

Il s'agit d'un cas typique de mycosis fongoïde, dont le début remonte à six ans, qui est encore à la période prémycosique, avec sensation de violent prurit. L'examen histologique tendrait à démontrer que cette affection est de la nature des tumeurs de granulation ; l'étude bactériologique a été négative.

Des injections sous-cutanées, répétées deux fois chaque jour (un centimètre cube d'une solution à 1 p. 100 d'arséniate de soude), ont déterminé une amélioration notable dans l'espace de quatre semaines. A. D.

Neuro-fibromatose.

Un cas de neuro-fibromatose compliquée de phénomènes spinaux et de déformation considérable de la colonne vertébrale, par P. Haushalter. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, novembre 1900, p. 639.

Garçon de 14 ans, présentant, outre des lésions cutanées peu prononcées de maladie de Recklinghausen (une quinzaine de petits fibromes mous,

du diamètre moyen d'une pièce de 20 centimes, sessiles, deux verrues colorées, trois petites tumeurs molles pédiculées, quatre nodules durs sous-cutanés mobiles dont l'un atteignant le volume d'une noix, une vingtaine de taches pigmentaires généralement peu foncées), des troubles médullaires que H. attribue à des lésions neurofibromateuses de la moelle : raideur accentuée des membres inférieurs empêchant tout mouvement, exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde, atrophie légère des muscles des deux mollets, strabisme interne de l'œil gauche, diminution de la sensibilité tactile des membres inférieurs et de l'abdomen jusqu'à la ceinture, abolition totale sur la jambe droite à partir du genou, anesthésie thermique variable sur les membres inférieurs. Intelligence normale, déformation considérable du thorax, scolio-cyphose ayant son sommet à la région dorso-lombaire, avec convexité à droite à la région dorsale, sternum fortement dévié d'avant en arrière, sa partie inférieure fortement rentrée. G. T.

Maladie de Recklinghausen (Un caso di malattia di Recklinghausen), par A. Bennati. *Accademia di Scienze mediche e naturali in Ferrara*, 22 juin 1901.

Observation de neuro-fibromatose, présentant les caractères classiques de cette affection, sauf les tumeurs des nerfs qui font défaut, chez un homme de 28 ans, dont le père est mort de paralysie progressive, et un oncle paternel de paralysie spinale ascendante et qui lui-même est très névropathique, de caractère excentrique, et une hémihypoesthésie sensitive et sensorielle à droite et un crâne asymétrique avec aplatissement très prononcé de sa partie droite. G. T.

Œdème cutané.

Œdème arthritique des paupières, par A. Trousseau. *Archives d'ophthalmologie*, février 1901.

T. rapporte sommairement 6 cas d'œdème dit idiopathique ou essentiel des paupières, survenus chez des sujets arthritiques, rhumatisants ou goutteux; quoique, dans plusieurs cas, ces œdèmes très passagers et souvent récidivants aient été manifestement en relation avec des érythèmes et sous la dépendance d'intoxications alimentaires et médicamenteuses, il préfère la dénomination générale d'œdème arthritique. G. T.

Paludisme (Dermatoses liées au).

Un cas de rupia paludéen (Un caso di rupia malarica, contribuzione clinica), par P. Sensini et C. Vignolo-Lutati. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 6, p. 707.

Femme de 34 ans, non syphilitique; en octobre 1898, fièvre paludéenne tierce qui dure jusqu'en juin 1899 ; la même année, début des lésions cutanées sur la cuisse droite par une saillie remplie de liquide blanc rosé, puis successivement plusieurs éléments semblables sur les jambes et les cuisses se succédant à quelques jours d'intervalle. En juin 1900, la malade a la teinte pâle terreuse de la cachexie; pigmentation du cou et de la partie supérieure du tronc avec macules achromiques ; sur les cuisses et les jambes, plusieurs cicatrices achromiques, de la largeur d'une pièce de 2 centimes,

entourées d'un halo hyperémique; sur les deux jambes, ulcérations arrondies, variant de la largeur d'un pois à celle d'une pièce de 20 centimes, à fond rose pâle, uniforme, fongueux, saignant facilement, à bords brun-livide, nets et un peu saillants, reposant sur une base ferme et entourées d'une bordure rouge brun de 3 centimètres de diamètre; au niveau du tendon d'Achille droit, une bulle de forme irrégulière, de la largeur d'une pièce de un centime à contenu blanchâtre, opaque, entourée d'un halo très hyperémique. Rate très volumineuse. Souffle présystolique à la pointe du cœur. A l'examen microscopique d'un ulcère de la jambe, on trouve sur les bords une infiltration de petites cellules disposées en amas ayant pour centre les vaisseaux sanguins et dans les intervalles de ces amas de nombreuses cellules fusiformes et polygonales plus grosses qu'à l'état normal; au-dessous de cette zone, on trouve de nombreux éléments fusiformes à peine interrompus par places par quelques stries d'eléments ronds adossés aux vaisseaux; dans les amas périvasculaires, on voit le long du vaisseau des cellules plasmatiques et plus loin des leucocytes mononucléaires et souvent quelques mastzellen; dans les vaisseaux sanguins l'endothélium est proliféré. Pas d'examen bactériologique.

S. et V. diminuent les différentes affections bulleuses et les pyodermites en se basant sur la circonscription des lésions et sur leur marche et, après avoir éliminé le rupia scrofuleux et le rupia syphilitique, admettent qu'il s'agit d'une manifestation non encore décrite de l'impaludisme. G. T.

Pemphigus.

Pemphigus aigu chez un enfant (Notes of a case of pemphigus particularly in connection with the local treatment), par A. van Harlingen. *American Journal of Dermatology*, mai 1901, p. 96.

Un garçon de 5 ans, bien portant antérieurement, est atteint d'une éruption bulleuse qui en quelques jours se généralise à toute la surface du corps et devient presque confluente. Les bulles bien développées s'élèvent sur la peau saine et quelques-unes sont sanguinolentes. Le petit malade a une fièvre très élevée et du délire ou de la stupeur. Le traitement a consisté en strychnine, un demi-milligramme par jour et de la quinine à l'intérieur. Localement un pansement humide avec du sublimé à 1 p. 2000 appliqué d'abord sur un bras, puis successivement sur toutes les parties du corps, après ouverture de toutes les bulles. Sous ce pansement les lésions ont très rapidement séché, l'état général s'est amélioré et le petit malade a été guéri au bout d'un mois. W. D.

Pemphigus aigu mortel chez un enfant (Two fatal cases in infants, Pemphigus and erysipelas), par F. Meara. *Medical News*, 31 août 1901, p. 333.

Une petite fille de 7 mois habituellement bien portante est prise assez brusquement de fièvre intense avec refroidissement périphérique et cyanose. Dès le lendemain, on remarque quelques vésicules sur la fesse gauche.

Les jours suivants, la fièvre persiste très élevée avec de la prostration, de la cyanose, des râles humides dans les poumons, cet état très grave s'améliorant pendant un moment après chaque enveloppement dans un drap mouillé. En même temps, l'éruption formée de grandes bulles qui laissent

de vastes surfaces excoriées, s'étend peu à peu à tout le corps ; les selles deviennent très fétides; il survient des accidents méningitiques et l'enfant meurt le treizième jour. L'autopsie montra des plaques congestives ou ecchymotiques dans l'intestin grêle et le côlon ascendant, de la congestion des vaisseaux mésentériques et de la broncho-pneumonie. Le père de l'enfant était boucher, ce qui rapproche un peu ce cas des faits de pemphigus aigu décrits par Pernet et Bullock.

Dans un autre cas, M. a vu un enfant de trois mois mourir avec des symptômes adynamiques au cours d'un érysipèle qui avait parcouru tout le corps.

M. croit que, dans ces deux cas, il y avait une auto-intoxication probablement intestinale, qui a permis à des microbes banaux d'acquérir une extrême virulence. W. D.

Pityriasis versicolore.

Formes anormales de pityriasis versicolore (Recent clinical observations on tinea versicolor), par CH. W. ALLEN. *Journal of the Amer. med. Assoc.*, 6 avril 1901, p. 938.

On admet généralement que le pityriasis versicolore n'atteint pas les parties découvertes ; de nombreux faits viennent contredire cette opinion. Gottheil l'a observé sur la paume de la main ; dans ces dernières années, A. a pu en observer 3 cas où l'éruption occupait le cou, la mâchoire inférieure et la joue. En général, le pityriasis versicolore des parties découvertes présente une teinte très foncée, voire presque noire. La maladie s'étend souvent aux parties velues du pubis où elle échappe au traitement et d'où partent les rechutes. Comme traitement, A. recommande une pommade formée d'axonge, 30 ; lanoline, 20 ; solution saturée de bisulfure de calcium, 50. W. D.

Pityriasis versicolore de la face (Pityriasis versicolor of the face), par W. GOTTHEIL. *Medical Record*, 27 avril 1901, p. 649.

Un jeune nègre présentait sur les deux côtés de la face des taches blanchâtres ternes formées par la confluence de petites taches arrondies. La peau était un peu farineuse et desquamait au coup d'ongle. Dans les squames on trouve en abondance du *microsporon furfur*. Pas de pityriasis versicolore ailleurs sur le corps. W. D.

Psoriasis.

Psoriasis des ongles survenant à chaque grossesse (Disease of the nails recurring with each pregnancy), par FOGGIE. *Scottish medical and surgical Journal*, mai 1901, p. 426.

Une femme de 28 ans, mariée depuis neuf ans, mère de cinq enfants et enceinte de nouveau, se présente pour une lésion des ongles qui s'est montrée avec les mêmes caractères au cinquième mois de chaque grossesse, la première exceptée. La maladie débute par une douleur brûlante sous les ongles des doigts qui sont soulevés par une masse squameuse qui les sépare du lit. La lame unguéale devient fragile, grisâtre, terne, cannelée et se sépare graduellement du lit ; elle devient mobile et finalement se brise et tombe laissant le lit à nu. Au bout de quelques mois, il apparaît un ongle

nouveau qui pousse sain. Les deux dernières atteintes ont été accompagnées de plaques psoriasiques sur les coudes et les genoux. W. D.

Les infections cutanées dans le psoriasis (Le manifestazioni della sepsi nella psoriasi), par L. Baruchello. *Clinica dermosifilopatica della R. Universita di Roma,* octobre 1900, p. 115.

B. a étudié les parasites de la surface cutanée chez un psoriasique atteint d'une poussée maculo-papulo-squameuse à peu près généralisée (dermatite desquamative légère associée à des lésions squameuses de psoriasis), et de syphilides palmaires psoriasiformes. A l'examen microscopique, il y avait entre les lames cornées des squames des amas de leucocytes de volume variable, constituant par places la plus grande partie de l'épaisseur de la squame. Les recherches bactériologiques, pratiquées après avoir fait prendre plusieurs bains de propreté et répétées à trois reprises différentes, ont permis de constater la présence des staphylocoques doré et blanc : la qualité des microbes, dans les différentes régions de la surface cutanée, était en rapport avec l'intensité de la dermite et, dans les examens successifs, les résultats des cultures se modifièrent, et on vit disparaître les pyogènes, lorsque les lésions cutanées dépendant du psoriasis se réduisirent à la présence de squames caractéristiques de sa forme ordinaire. B. conclut de ses recherches que les abcès miliaires observés dans les squames psoriasiques sont dus à des infections mixtes, qu'ils constituent une manifestation exceptionnelle et extrinsèque à l'histopathologie du psoriasis, et que les germes surajoutés au psoriasis, spécialement les pyogènes vulgaires, suivant leur abondance et leur action plus ou moins prononcées, parviennent à modifier le tableau clinique de la maladie, jusqu'à produire la dermatite exfoliatrice maligne. G. T.

Traitement cacodylique du psoriasis. (La cura cacodilica nella psoriasi), par G. Verroti. L'*Arte medica,* 1900, nº 47.

V. rapporte les observations de 5 malades atteints de psoriasis et traités par les préparations cacodyliques (pilules, injections). Dans tous les cas, la régression a débuté, par la disparition de la base congestive, du quatrième au quatorzième jour après le début du traitement ; la guérison a été complète après 48 injections dans un cas ; dans 2 autres cas la régression, modérée dans l'un, accusée dans l'autre, s'est arrêtée et, pendant la continuation du traitement, l'hyperémie et l'infiltration des taches ont reparu ; dans les autres cas, la régression continua ou débuta après la cessation du aitetrment. La médication cacodylique ne met pas à l'abri des récidives. Les doses doivent être graduées avec soin et, pendant le cours du traitement, il est nécessaire de surveiller attentivement les fonctions rénales et digestives. G. T.

Rénale (Dermatoses d'origine —).

Dermatoses albuminuriques (Sulle dermatosi albuminuriche), par C. Casarini. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1901, fasc. 1, p. 77.

C. a recherché quelles sont les dermatoses qui s'accompagnent d'albuminurie en éliminant les albuminuries physiologiques concomitantes aux dermatoses. Dans ce but, il a examiné pendant six mois les urines de tous les

malades atteints de dermatoses non parasitaires et non syphilitiques, de la clinique de Mazza ; il s'est servi, pour y rechercher l'albumine, du réactif de Spiegler (sublimé 8, acide tartrique 4, eau distillée 200, sucre blanc 20), qui est sensible à 1/50000, et quelquefois du même réactif après addition à l'urine d'une solution de persulfate d'ammoniaque à 10 p. 100, ce qui double sa sensibilité ; chez les malades dont l'urine renfermait de l'albumine, l'examen était répété à jeun et ensuite à plusieurs reprises, après repos au lit et après repas donnés à des heures variables, de façon à éliminer les albuminuries liées à l'exercice et aux repas.

L'albuminurie a fait défaut dans les maladies suivantes : eczémas érythémateux (3 cas), eczémas érythémato-vésiculeux (6 cas), eczémas squameux à rhagades (4 cas), eczémas impétiginiformes (3 cas), impétigo contagieux (3 cas), éruptions à type vaso-moteur (4 cas), psoriasis (3 cas), lupus érythémateux (1 cas), prurit (2 cas).

Elle existait, mais l'affection de la peau était secondaire à la lésion qui produisait l'albuminurie elle-même, dans une éruption prurigineuse diffuse post-dothiénentérique et dans un eczéma prurigineux diffus rebelle provoqué par une néphrite.

Il y avait une albuminurie physiologique dans un cas d'eczéma vésiculeux du front de la face avec éruption érythémato-papuleuse aux membres inférieurs, dans un cas d'eczéma nummulaire des bras, et dans un cas d'eczéma des mains avec rhagades.

L'albuminurie était en relation avec la maladie elle-même dans un cas de prurit intense des membres inférieurs avec lésions de grattage et papules prurigineuses à prédominance nocturne chez une femme rhumatisante et dans un cas de prurit de la partie interne des cuisses et de la surface de flexion des membres supérieurs, avec érythème et squames, à prédominance vespérale et nocturne. C. discute ces 2 cas et conclut que le prurit et la dermatose sont tous deux d'origine neurasthénique.

En résumé, le plus grand nombre des dermatoses évolue sans albuminurie et, lorsque celle-ci existe, elle est souvent la conséquence de l'albuminurie et enfin, dans quelques cas, dermatose et albuminurie sont l'une et l'autre la conséquence d'une cause unique, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue pathogénique. G. T.

Sclérème.

Étiologie et pathogénie du sclérème des nouveau-nés (Sulla etiologia e sulla patogenesi dello scleredema dei neonati, nuove osservazioni), par C. Comba. *La Clinica medica italiana*, mai 1901, p. 257.

C. rapporte 2 cas de sclérème des nouveau-nés. Dans le premier cas, l'enfant né à terme était passablement développé au début de la maladie ; à l'autopsie, on trouva une infection généralisée par le bacille de Friedländer ayant pour porte d'entrée l'ombilic ; la plaie ombilicale était recouverte de pus contenant ce microbe, et l'artère ombilicale droite était enflammée sur une longueur de plusieurs centimètres ; l'infection avait provoqué une broncho-pneumonie et une néphrite aiguë. Dans le deuxième cas, l'enfant, né avant terme d'un père syphilitique, était très affaibli et mal nourri ; à l'autopsie, on trouva le bacille de Friedländer associé au

streptocoque; l'infection s'était probablement faite par la muqueuse des voies respiratoires; il y avait, en outre, des lésions rénales présentant les caractères observés dans la syphilis héréditaire.

C. fait remarquer que dans tous les cas de sclérème on constate l'existence d'une septicémie dont le développement est ordinairement facilité par l'état de faiblesse des enfants, ou au moins d'une infection localisée à quelque organe important.

Les microorganismes ou mieux leurs toxines agissent sur le système nerveux, et provoquent une telle perturbation des centres régulateurs de la thermogenèse que la température s'abaisse, d'où l'induration du tissu adipeux sous-cutané; le rein des nouveau-nés, très facilement vulnérable, devient le siège d'une néphrite sous l'influence de l'infection, d'où rareté de l'urine ou anurie et production d'œdèmes sous-cutanés plus ou moins diffus. En réalité, le sclérème des nouveau-nés n'est pas un type nosologique particulier et sans analogie chez l'adulte: il doit être considéré comme la résultante d'une néphrite aiguë et de troubles circulatoires secondaires à un processus infectieux. G. T.

Trichomycose.

Contribution à l'étude de la trichomycose palmelline de Pick (Contributo allo studio della Trichomycosis palmellina di Pick), par P. Colombini. *Beiträge zur Dermatologie u. Syphilis, Festschrift gewidmet Herrn I. Neumann*, Vienne, 1900, p. 87.

Homme de 44 ans, atteint il y a deux ou trois mois de phthiriase du pubis généralisée à toutes les régions pilaires du corps. Il y a un mois, a constaté en prenant un bain que les poils des aisselles présentaient une rudesse et une sécheresse spéciales. Dans ces régions, la peau ne présente aucune lésion; sur la plus grande partie des poils, on y voit une sorte de gaine plus ou moins jaunâtre, assez réfringente, qui les entoure plus ou moins complètement sur une étendue variable; cette gaine est par places cylindrique, en d'autres points fusiforme, sur la plus grande étendue plus ou moins irrégulièrement gibbeuse; sa surface est comme granuleuse, inégale et irrégulièrement raboteuse; par suite de la présence de cette gaine, les poils ont un diamètre deux ou trois fois plus considérable qu'à l'état normal. Elle ne commence généralement qu'à 1, 3 ou 4 millimètres au-dessus du niveau de la peau; elle est, du reste, inégalement déposée sur les différents poils et peut manquer sur une grande longueur des poils atteints; entre les différents épaississements, le poil est complètement sain. Les poils ont pour la plupart conservé leur longueur; quelques-uns seulement sont plus courts, et se terminent par une extrémité globuleuse, une sorte de bouton ou de bonnet (Pick). Cette altération porte sur le plus grand nombre des poils des aisselles; les poils absolument sains ne sont qu'une faible minorité et parmi les poils paraissant sains à l'œil nu beaucoup sont démontrés malades par l'examen microscopique; quelques poils peu atteints semblent comme couverts de poussière; les poils plus atteints présentent des aspects variables, quelques-uns comme embrassés par de nombreux petits nodules accolés les uns aux autres, et en nombre variable, disposés comme les grains d'un chapelet, d'autres entourés d'une gaine cylindrique sur une

étendue variable, ou enfin recouverts par la gaine sur toute leur longueur. La gaine adhère si bien à la cuticule du poil qu'on ne peut la détacher qu'en l'écrasant et la grattant.

A l'examen microscopique, la gaine péripilaire, qu'elle forme des renflements nodulaires ou une enveloppe continue, se présente sous l'aspect d'une substance homogène, de coloration jaune plus ou moins intense suivant son épaisseur, transparente, avec des corps très réfringents ; elle présente des fentes plus ou moins profondes, perpendiculaires à l'axe du poil ; sur quelques poils, cette substance pénètre à l'intérieur de leur cuticule, qui est corrodée et elle peut même dissocier les fibres du poil. A un fort grossissement et avec l'aide des réactifs colorants, on voit de nombreux cocci disposés sous formes de zooglées occupant exclusivement les parties qui entourent le poil et la surface de celui-ci; cependant sur les coupes on voit en quelques points des zooglées tendant à s'insinuer comme une pointe dans l'intérieur du poil.

Les cultures sur les milieux usuels ont donné des résultats positifs. C. décrit avec soin leurs caractères sur les différents milieux : ce sont en général des colonies rondes, de coloration blanchâtre ou jaunâtre. Les cultures ont reproduit la maladie sur les poils de l'aisselle chez l'homme, mais n'ont produit aucun résultat sur les animaux. G. T.

Trichophyton.

Nouvelles recherches sur le trichophyton minimum, par Le Calvé et Malherbe. *Archives de parasitologie*, 1899, n° 4, p. 489.

L. et M. ont poursuivi leurs recherches sur un trichophyton isolé par eux dans les lésions cutanées d'un cheval (Voir *Annales de dermatologie*, 1900, p. 790). Ce trichophyton, à mycelium fin, rameux, à spores extrêmement petites, a ses éléments végétatifs englobés par une sécrétion externe de matière amorphe, de nature protéique, constituant pour le champignon un aliment de réserve. Les milieux qui conviennent le mieux à son évolution sont les milieux azotés et, parmi eux, ceux renfermant des matières albuminoïdes. Ce parasite passe tour à tour, suivant la saison, par les deux phases parasitaire et végétative; pendant sa période végétative, il séjourne dans des milieux un peu humides, à température douce, contenant une nourriture qui lui convient, comme la litière d'écurie, peut-être sur les graines, peut-être dans la poussière des appartements. Jamais L. et M. n'ont observé d'inoculation spontanée à l'homme et ils n'ont pas tenté d'inoculation expérimentale à l'homme. Ils l'ont rencontré comme parasite spontané chez le cheval et chez deux chiens, un caniche noir âgé et débile et un fox-terrier, jeune et très vigoureux, appartenant tous deux au même propriétaire; le caniche aurait été atteint le premier et aurait contaminé son congénère; ces deux animaux vivaient en contact journalier avec des chevaux et ont pu être contaminés par un cheval observé par L. et M. L. et M. ont pu inoculer ce parasite au cheval et reproduire ainsi des lésions semblables à celles survenues spontanément : poils cassés à 2 ou 3 millimètres de la peau , nombreuses squames épidermiques recouvrant les plaques sur lesquelles on aperçoit par places des bouquets de poils plus longs : ces lésions ont guéri d'elles-mêmes en un mois, au commencement de l'hiver,

puis se sont reproduites sans nouvelle inoculation, au printemps suivant, sur des régions (membres postérieurs et croupe) différentes de celles où avait été faite l'inoculation expérimentale et probablement par réinfection au moyen des germes restés dans la litière; le cheval inoculé n'a pas infecté ses voisins d'écurie qui cependant étaient pansés par les mêmes hommes, avec les mêmes objets de pansage. L'inoculation a réussi également chez le cobaye. G. T.

Tuberculose cutanée.

Une forme nouvelle de tuberculose de la verge : la tuberculose nodulaire du prépuce, par SABRAZÈS et MURATEL. La *Semaine médicale,* 18 septembre 1901, p. 305.

Homme de 26 ans, atteint de tuberculose rénale, prostatique, épididymaire, urétrale et pulmonaire; ayant depuis deux ans à la face antérieure de la verge, en son tiers inférieur, une nodosité qui a atteint le volume et la forme d'une olive, à grand axe vertical, de consistance fibromateuse, indolore, indépendante du gland et du sillon balano-préputial et n'étant en rapport qu'avec le prépuce; une autre nodosité, développée peu après la première, dans la partie inféro-postérieure du scrotum, s'est abcédée et a laissé une cicatrice ovalaire, à bords irréguliers.

A l'examen microscopique, la tumeur est constituée par un gros nodule tuberculeux, sclérosé à la périphérie, subissant la fonte caséeuse à son centre, dans lequel on constate la présence du bacille de Koch. S. et M. ne connaissent pas de cas analogue; ils pensent que la propagation de la tuberculose s'est faite par les voies lymphatiques. G. T.

Tuberculose cutanée des vieillards (Nota sulla tubercolosi cutanee dei vecchi), par G. MAZZA. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, fasc. 4, p. 428.

M. rapporte l'observation d'une femme de 69 ans, atteinte de tuberculose cutanée du dos de la main droite et des doigts à forme impétigineuse et ulcéreuse, remontant à cinq ans, avec synovite tendineuse des fléchisseurs, ostéite raréfiante des phalanges de deux doigts, lymphangite nodulaire de l'avant-bras et adénite axillaire. Mort de cause inconnue de l'auteur, qui sait seulement qu'elle n'était pas produite par la phtisie pulmonaire. A l'examen des lésions cutanées, on trouve une infiltration d'éléments embryonnaires, sans foyers bien circonscrits, sans cellules géantes ni épithélioïdes, et par places des foyers de nécrose et des lésions d'endo et de périartérite, d'endo et de périphlébite; dans les ganglions sus-épitrochléens, altérations présentant tous les caractères de l'adénite indurative hyperplasique. Les lésions renfermaient toutes des cocci pyogènes; mais la recherche microscopique et la culture du bacille de Koch donnèrent des résultats négatifs pour tous les tissus examinés; par contre, l'inoculation de fragments des tissus ulcérés aux animaux donna lieu à des lésions de tuberculose. G. T.

Ulcères des pays chauds.

Ulcère du Veld (Veld-sores), par ALEX. OGSTON. *British med. Journal*, 20 avril 1901, p. 951.

L'ulcère du Veld (Veld est le nom hollandais des vastes plaines herbeuses

de l'Afrique du Sud) est une lésion analogue aux pyodermites bulleuses, mais une forme spéciale à l'Afrique du Sud.

On l'observe aux mains et aux avant-bras, rarement à la face, aux pieds et aux jambes. Il débute par une saillie arrondie, demi-transparente, mal délimitée, formée par un œdème de l'épiderme; puis au centre, se forme une vraie bulle qui se rompt de bonne heure. Il en résulte un ulcère qui s'étend graduellement entouré d'une auréole érythémateuse.

Il n'y a pas de suppuration, mais seulement un suintement séreux; les lymphangites sont rares. La sérosité qui imbibe les bords de l'ulcère contient en abondance un diplocoque ressemblant au gonocoque. Le traitement consiste à exciser l'épiderme œdématié et à faire des applications antiseptiques fortes. W. D.

Ulcère du Veld (Some observation on Veld-sore), par Harland. *British medical Journal*, 20 avril 1901, p. 952.

L'ulcère du Veld débute par une petite papule prurigineuse qui grandit rapidement; l'épiderme est soulevé par de la sérosité louche et se rompt. Il en résulte un ulcère arrondi qui mesure 15 à 40 millimètres couvert d'une croûte et assez douloureux. Les ulcères souvent multiples siègent surtout sur la face dorsale des doigts. Il y a presque toujours de la lymphangite et souvent de la fièvre. Le traitement consiste en pansements antiseptiques.

L'ulcère du Veld s'observe chez des individus parfaitement bien portants et surtout chez les cavaliers. Il est probablement consécutif à la piqûre des taons. W. D.

L'ulcère tropical et son traitement par l'eau chaude, par Roux. *Le Caducée*, 21 septembre 1901, p. 66.

R. a observé à Madagascar un grand nombre d'ulcères tropicaux, provoqués souvent par les traumatismes que font les piquants détachés des grandes herbes pendant la saison chaude, et par les infections surajoutées. Ces lésions résistent à la plupart des agents thérapeutiques employés. R. s'est bien trouvé des pansements à l'eau chaude : lavage prolongé avec de l'eau à 55 ou 60° ayant bouilli, que l'on fait tomber doucement sur la plaie ; puis application pendant quelques instants d'un tampon d'ouate hydrophile imprégné d'eau chaude et pansement avec une compresse de gaze trempée dans l'eau chaude et enduite de vaseline; le pansement est renouvelé tous les jours et le membre maintenu au repos. Dans quelques cas à guérison lente, même sans que la plaie eût l'aspect syphilitique, R. a donné l'iodure de potassium larga manu. Les ulcères les plus larges (7 centimètres de diamètre) guérissaient en trois ou quatre semaines et, dès les premiers pansements, le phagédénisme était arrêté, les tissus bourgeonnaient et avaient bonne couleur. G. T.

Urticaire.

Dermographisme chez les épileptiques atteints d'helminthiase intestinale, par M. Lannois. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mai 1901, p. 207.

L. rapporte les observations de deux femmes épileptiques, atteintes l'une d'oxyures depuis son enfance, l'autre de ténia et présentant toutes deux

un dermographisme très accusé. Il pense que cette forme d'urticaire, qui est fréquente chez les épileptiques, est déterminée chez eux par des parasites intestinaux provoquant une auto-intoxication. G. T.

Recherches expérimentales sur l'urticaire (Ricerche sperimentali sull' urticaria), par Phillippson. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, fasc. 6, p. 675.

P. au cours de ses études sur les érythèmes, qu'il considère comme d'origine inflammatoire, fut arrêté par la théorie vaso-motrice de l'urticaire; cette dernière dermatose présentant les connexions les plus intimes avec les érythèmes, on ne pouvait la considérer comme une angionévrose du moment où les érythèmes étaient d'origine imflammatoire. Il a donc repris l'étude de l'urticaire et pour cela s'est adressé à l'expérimentation. Il a constaté que les pomphi se forment chez le chien, à la suite d'injections d'atropine, même après la section complète des nerfs vaso-moteurs; qu'ils se développent aussi bien sur la peau anesthésique que sur la peau ayant conservé sa sensibilité; le procédé le plus sûr pour déterminer l'urticaire est l'injection endoveineuse de substances susceptibles de la provoquer. Il conclut de ses expériences que l'urticaire est un œdème éphémère, produit par certaines substances qui exercent une action irritative sur la paroi des vaisseaux sanguins. G. T.

Végétations.

Condylomes accuminés de l'urètre chez l'homme (Un caso di condilomi acuminati dell' uretra maschile), par Sprecher. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 4, p. 385.

Homme de 50 ans, atteint depuis quelques années de phimosis; toute la partie visible du gland est recouverte d'excroissances papillaires blanchâtres, sessiles, peu saillantes, qui semblent former une couche continue; le malade déclare n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Mort par anémie d'origine splénique. A l'autopsie, on constate la présence de très nombreuses petites végétations sur toute la surface du gland et sur la face profonde du prépuce; sur la paroi inférieure de l'urètre, à 6 centimètres environ du méat, deux condylomes acuminés sessiles ayant environ 3 millimètres de hauteur; un troisième, semblable aux deux premiers, se voit à 1 centimètre au-dessous d'eux; deux autres, un peu plus petits au commencement du cul-de-sac du bulbe.

A l'examen microscopique, le revêtement épithélial de l'urètre est formé de la couche superficielle habituelle d'épithélium plat, qui est détaché par place; puis d'une nombreuse série de cellules épineuses, aplaties dans les couches les plus élevées, polygonales au milieu, cylindriques et pyramidales dans les couches profondes. Les lésions sont absolument identiques à celles constatées au niveau des condylomes du gland; il n'y a pas de véritable couche granuleuse; dans la couche papillaire, entre l'hypertrophie des papilles, il faut noter la dilatation des vaisseaux, des reliquats d'hémorrhagies antérieures, la présence d'un grand nombre de cellules connectives, et des néoformations vasculaires. La muqueuse urétrale présente des traces manifestes de blennorrhagie chronique. G. T.

Zona.

Sur un cas de zona de la cuisse gauche consécutif à l'absorption d'ergotine, par Druelle. *Progrès médical,* 4 mai 1901, p. 291.

Femme de 23 ans, syphilitique depuis dix-huit mois, traitée pour des métrorragies par l'ergotine en dragées : le lendemain du jour où elle prend pour la première fois 60 centigrammes d'ergotine, elle éprouve dès le matin des douleurs dans la cuisse gauche ; elle prend encore 80 centigrammes d'ergotine, et le lendemain (troisième jour du traitement par l'ergotine) voit apparaître des vésicules à la partie antéro-interne de la cuisse. Le zona évolue normalement ; les vésicules sont disséminées sur presque toute la cuisse, surtout à sa partie interne, et la partie interne de la jambe. Pas d'accidents imputables à l'ergotine.

D. n'a pas connaissance d'autres faits de zona provoqués par l'ergotine ; cependant, en se basant sur l'origine toxique de certains cas de zona (oxyde de carbone, arsenic, iodure de potassium, etc.), il attribue l'éruption de sa malade à l'ergotine, opinion quelque peu discutable en raison de l'apparition bien rapide des phénomènes zostériens après l'ingestion du médicament. G. T.

Zona traumatique et zona par contagion directe, par F. Baudouin. *Touraine médicale,* 15 mai 1901, p. 26.

I. Enfant de six ans, atteinte de zona cervical, le lendemain d'une chute violente dans un escalier la tête la première.

II. Cas de contagion. Zona lombo-abdominal et génital chez une femme enceinte dont le mari avait été atteint de zona thoracique huit jours auparavant. G. T.

Fréquence de l'herpès zoster (Die Haufigheit des Herpes Zoster), par Hœnnicke. *Berliner klinische Wochenschrift,* 1901, p. 786.

L'herpès zoster s'observe une fois sur cent cas de maladies de la peau. C'est une maladie de la jeunesse (de 15 à 30 ans). Après l'âge de 30 ans sa fréquence diminue plus ou moins rapidement.

Dans certaines régions, le zoster est en général d'autant plus fréquent que les filets nerveux sont plus nombreux. Le territoire du trijumeau serait une exception à cette règle, car il est très souvent le siège d'éruptions zostériennes ; cela tient peut-être à ce que les régions innervées par le trijumeau sont beaucoup plus exposées aux causes nocives et aux maladies que d'autres parties. Les deux moitiés du corps sont assez également atteintes. Le zoster bilatéral est rare. Le printemps et l'automne sont les époques des épidémies du zoster. A. Doyon.

REVUE DES LIVRES

Die Lepra in Oestindien wabrend des XVII und XVIII Jahrhunderts, par J. M. H. Van Dorssen, traduit du hollandais par F. C. W. Ihlow. Berlin, 1901, A. Hirschwald, éditeur.

Cette étude historique donne d'intéressants détails sur la propagation de la lèpre, ainsi que sur les opinions des médecins et du gouvernement hollandais sur la lèpre pendant les xviie et xviiie siècles. On trouve la lèpre mentionnée pour la première fois dans l'ouvrage de Bontius (*de Medicina Indorum*, 1642). Mais l'ouvrage le plus important sur la lèpre, remontant à cette époque, est incontestablement le livre intitulé: *Verhandelinge van de Asiatise Melaatsheid*, qui doit avoir été écrit à Batavia en 1687 par Willem Ten Rhijne. Déjà, selon cet auteur, les causes du développement et de la propagation de la lèpre sont la contagion directe et indirecte ainsi que l'hérédité. Comme causes prédisposantes, il signale les boissons et les aliments de mauvaise qualité et avariés, les chagrins et la mélancolie et, en général, toutes les influences qui diminuent la force de résistance de l'individu; mais il faut observer qu'à plusieurs reprises il exprime l'opinion qu'à ces causes on doit ajouter « un virus spécifique ou une substance contagieuse quelconque qu'on ne connaît pas encore exactement ». Rhijne avait étudié à fond la lèpre au Japon et à Batavia et il a décrit les symptômes de cette maladie avec tant de clarté et de précision que, même aujourd'hui, après deux siècles, on ne peut pas ajouter à sa description un seul fait de quelque importance. Dans les chapitres suivants, Rhijne traite de la prophylaxie, du genre de vie et du traitement des lépreux.

De 1666 à 1682, on construisit à Batavia des léproseries dans lesquelles on reléguait les lépreux, ou bien on les obligeait à habiter dans des localités éloignées des villes. En 1762, un édit du gouvernement ordonna de séparer rigoureusement les hommes et les femmes soignés dans les léproseries. Mais vers la fin du xviiie siècle les médecins hollandais dans les Indes, se basant sur leur expérience, adoptèrent, relativement à la contagiosité de la lèpre, l'opinion actuellement encore assez généralement admise, qu'un contact prolongé et intime, la présence de produits de sécrétion d'ulcères lépreux, sont les conditions essentielles de la contagion. A. Doyon.

Die Blennorrhoë der Sexualorgane und ihre Complicationen, par E. Finger (avec 36 dessins sur bois dans le texte et 10 planches lithographiques), 5e édition revue et augmentée, 1 vol. gr. in-8°, 1901. Leipzig et Wien, F. Deuticke, éditeur.

Nous annonçons avec plaisir l'apparition de cette nouvelle édition qui coïncide avec la publication du *Traité de la syphilis*, du même auteur, dont nous avons fait paraître la traduction l'année dernière. Ces éditions successives prouvent mieux que toute analyse les succès très légitimes des travaux du professeur Finger. A. Doyon.

I. — **Krankheiten der Prostata, des Penis nebst Harnrorhe, des Hodens, Nebenhodens, Samstrangs der Samenblase,** par J. Jadassohn. *Handbuch der praktischen Medicin von W. Epstein u. Schwalbe.* Stuttgard, F. Enke, éditeur.

II. — **Die venerische Krankheiten,** par le même auteur, *Handbuch der praktischen Medicin von W. Epstein u. Schwalbe.* Stuttgard, F. Enke, éditeur (avec 17 figures dans le texte).

Dans le premier article, J. donne, en un style clair et concis, une description très exacte des maladies de la prostate, du pénis, etc. Il ne fait qu'esquisser les affections blennorrhagiques et syphilitiques qui font l'objet de son second mémoire.

Il étudie ici tout particulièrement les uréthrites non gonorrhéiques. Si dans la grande majorité des cas les inflammations diffuses de la muqueuse urétrale sont occasionnées par le gonocoque, il en est d'autres dont l'importance ne saurait être méconnue relativement au diagnostic différentiel. Voici, selon J., les différentes causes des uréthrites non blennorrhagiques :

1° Uréthrites dues à des causes mécaniques ou traumatiques. Dans ces dernières J. range les uréthrites dues au cathétérisme, à l'introduction des bougies et celles des vélocipédistes ; on peut toutefois se demander si elles ne surviennent pas uniquement chez les personnes ayant une uréthrite post-gonorrhéique chronique, quoique insignifiante ;

2° Uréthrites d'origine chimique : *a.* injections de liquides irritants introduits à titre prophylactique ; *b.* inflammation de la muqueuse urétrale consécutive à l'emploi interne de certains médicaments : cantharide, terpine, etc., ou bien le passage par l'urèthre des produits de désassimilation éliminés d'une manière anormale ou en trop grande quantité, uréthrites phosphaturie, par diathèse urique ;

3° Uréthrites d'origine infectieuse locale. On ne connaît pas encore très bien au point de vue scientifique l'importance des infections locales — abstraction faite de la blennorrhagie — sur les inflammations de l'urèthre. Les bactéries habitant normalement le canal peuvent, dans certaines conditions, provoquer une auto-infection qui joue un rôle considérable dans les cas où il existe un processus inflammatoire chronique ;

4° Des inflammations diffuses de l'urèthre peuvent se rattacher à des foyers morbides circonscrits de nature très différente. J. range dans ce groupe l'herpès urétral (uréthrite herpétique) ;

5° Les uréthrites survenant comme complications de maladies internes sont encore peu connues ; le nombre de ces maladies est considérable ; toutefois on ne saurait tenir compte de la plupart des observations, car elles remontent à une époque où on ne connaissait pas le gonocoque. Ces uréthrites seraient sous la dépendance de maladies générales telles que la goutte, le rhumatisme, le diabète, etc. ; mais jusqu'à présent il a été impossible de donner une explication scientifique de ces inflammations. Ce dernier groupe comprend les uréthrites dans lesquelles on ne trouve aucune des causes mentionnées ci-dessus ; d'autre part, l'examen microscopique et bactériologique ne révèle qu'accidentellement des microorganismes. Ces uréthrites aseptiques doivent très souvent être rapportées faute de mieux à l'irritation (par cohabitation — principalement *coïtus reser-*

vatus — ou masturbation). Il est possible que, dans quelques cas, l'uréthrite soit occasionnée par l'ingestion de certains aliments ou par des troubles des voies digestives, comme les dermatoses autotoxiques. J. pense que, dans certains cas, l'uréthrite peut être la conséquence d'une prostatite ou d'une spermatocystite méconnues dans leur étiologie ou encore le résultat d'une infection par des agents non démontrables.

Le second article consacré aux maladies vénériennes comprend tout d'abord deux divisions principales : la syphilis acquise, la syphilis héréditaire. Les descriptions sont essentiellement claires et précises et s'adressent particulièrement aux médecins praticiens. Elles sont complètes, notamment en ce qui concerne le diagnostic différentiel des syphilides secondaires de la peau, des lésions syphilitiques de la cavité buccale et du pharynx, des syphilides tertiaires de la peau, par des tableaux synoptiques de tous les symptômes qui permettent d'établir le diagnostic. De nombreux dessins viennent encore illustrer les descriptions.

L'exposé des différentes périodes de la syphilis, de la syphilis maligne, des syphilides de la peau et des muqueuses, de la syphilis héréditaire, se distingue par sa netteté. J. discute avec une grande autorité la question du traitement ; il analyse avec soin les différentes méthodes qui ont été proposées. Il est partisan des injections de sels insolubles.

Les derniers paragraphes sont consacrés au rôle des bains dans le traitement de la syphilis et à la prophylaxie de la syphilis héréditaire.

Le chancre simple, la lymphangite, la lymphadénite sont l'objet d'une étude intéressante bien que un peu sommaire, surtout en ce qui concerne le traitement. J. se borne à énumérer les nombreux topiques qui ont été préconisés, sans en indiquer le mode d'emploi et les doses.

Les maladies blennorrhagiques de l'homme et de la femme, ainsi que leurs complications, sont très clairement précisées Il en est de même des méthodes de recherche, du diagnostic différentiel, des indications et des principes du traitement.

Ajoutons que ces deux mémoires sont accompagnés d'une bibliographie détaillée qui permettra au lecteur de se renseigner plus complètement sur chaque sujet.

Il s'agit donc ici d'un travail essentiellement pratique et que tous les médecins auront intérêt à lire.

A. Doyon.

Le Gérant : Pierre Auger.

2738-01. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.



TRAVAUX ORIGINAUX

LES PHLYCTÉNOSES RÉCIDIVANTES DES EXTRÉMITÉS (ACRODERMATITES CONTINUES DE HALLOPEAU)

Par le Dr **Ch. Audry,**
Professeur de clinique de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Toulouse.

Nous savons que les extrémités, mains et pieds, peuvent être le théâtre de lésions ou de syndromes particuliers. A côté de l'asphyxie locale de M. Raynaud, se placent l'érythromélalgie, peut-être l'érythromélie de Pick, telles acrokératodermies, etc. Ce sont là autant de types passablement ou bien définis.

Bien entendu, il ne s'agit pas d'entités morbides véritables ; ce sont simplement des ensembles symptomatiques, des types pathologiques ; il arrive parfois que les travaux ultérieurs révèlent leur véritable signification, et ils passent alors au rang plus humble de symptômes d'une autre affection ; exemple : le panaris de Morvan.

A côté de ces types connus, de ces syndromes définis, il existe encore un assez grand nombre d'affections particulières aux extrémités dont la description n'a pas encore été formulée ou dont la connaissance est insuffisante. Cependant, il en est d'aussi régulières, d'aussi constantes, d'aussi frappantes que quelque autre que ce soit parmi les connues.

C'est précisément de l'une ou de quelques-unes d'entre elles que je veux m'occuper dans le présent travail. Elles ont, du reste, été l'objet de travaux systématiques ; nous désirons les reprendre et les développer en utilisant un certain nombre d'autres faits publiés, soit par différents observateurs, soit par nous-même, et auxquelles nous pouvons en ajouter deux inédites.

I. — Historique

La première observation a été publiée en 1890 par Hallopeau qui crut alors avoir affaire à une asphyxie locale subissant des complications particulières. En 1892, second cas de Hallopeau, bien caractérisé, et qu'il considéra dès lors comme répondant à un type morbide non encore décrit ; il rapprochait les lésions de son malade de celles reproduites sur un moulage antérieurement déposé par Vidal au musée de l'hôpital Saint-Louis ; Vidal lui-même, à ce propos, parut accepter cette manière de voir ; mais, tandis que Hallopeau regardait

ces « polydactylites suppuratives » comme d'origine septique, Vidal supposait une trophonévrose. En 1899, Hallopeau a publié la suite de l'observation de ce malade. En janvier 1896, Stowers fait connaître un cas évidemment semblable, qu'il assimile aux dermatitis repens de R. Crocker. Il cite à ce propos un cas plus ancien de Nepveu (1) ; mais, à mon sens, ni ce cas de Nepveu, ni aucun de ceux étudiés par R. Crocker ne peuvent être rangés à côté de ceux de Stowers, Hallopeau, c'est-à-dire de ceux qui font l'objet du présent travail. En 1897, je communique un premier cas sous le nom de : phlycténose récidivante du pouce ; la même année, Frèche publie l'histoire d'un malade particulièrement intéressant et dont Hallopeau eut plus tard l'occasion de faire l'autopsie. La même année encore, deux autres faits sont brièvement rapportés par Hallopeau et un troisième par moi-même. Au total, 8 observations dont 4 de Hallopeau, 1 de Stowers, 1 de Frèche-Hallopeau, 2 de moi-même ; en plus, deux inédites que j'ajouterai tout à l'heure ; je dois la dernière à l'obligeance de Hallopeau qui vient de me l'envoyer.

II. — Division

On voit que les faits sont peu nombreux ; je puis ajouter que plusieurs sont passablement incomplets ; le lecteur en jugera facilement. Cependant, en les étudiant sans parti pris, il est impossible de n'être pas frappé de leur ressemblance, de leur air de famille.

Je pense qu'on peut utilement les répartir en trois catégories :

1° Les cas types (obs. I et II de Hallopeau, obs. de Stowers, obs. inédites) ;

2° Les cas frustes ou avortés (obs. III et IV de Hallopeau, VI et IX de moi-même) ;

3° La forme maligne progressive, dont il n'existe que l'exemple donné par le malade de Frèche-Hallopeau.

Nous les étudierons successivement, résumant brièvement leurs caractères principaux, et en nous occupant des rapports qu'il faut établir entre les différentes variétés. C'est seulement après cela que nous justifierons la substitution de la dénomination que nous avons choisie à celle d'acrodermatite continue précédemment appliquée (2).

(1) Nepveu. *Congrès français de chirurgie*, 1886. Stowers ne connaît Nepveu que par un compte rendu sur la dermatitis repens. Cf : R. Crocker : *II internationaler dermatologischer Congress*. Vienne, 1892. *Bericht ueber die Verhandlungen*, p. 500.

(2) Cf. Hallopeau et Leredde. *Traité pratique de dermatologie*, Paris, 1900, p. 838 et suiv. Hallopeau est disposé à admettre qu'une des observations de R. Crocker pourrait bien être rangée dans les « acrodermatites continues » ; mais je n'en suis nullement convaincu, et Crocker ne le croit pas non plus.

III. — Forme type, suppurative et mutilante

Voici d'abord les observations :

Observation I. (Hallopeau. *Annales de Dermatologie*, 1890, p. 423.) — Asphyxie locale des extrémités avec polydactylites suppuratives chroniques et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminées et symétriques.

Chez un malade atteint depuis son enfance de maladie de Raynaud, il s'est produit pendant plusieurs mois des polydactylites suppuratives qu'ont bientôt accompagnées des poussées généralisées ou disséminées symétriquement de dermatite pustuleuse. On a pu suivre la filiation des phénomènes : c'est l'asphyxie locale qui a déterminé la polydactylite, car elle épargnait certains doigts et ces mêmes doigts ont été exempts de lésions suppuratives. D'autre part, les poussées de pustulettes éphémères sont en rapport avec les suppurations unguéales, car elles se sont produites après elles et elles viennent de cesser avec elles. Elles sont dues à la résorption, soit des microbes pyogènes, soit des poisons chimiques qu'ils engendrent, et non à l'irritation locale du tégument. Leur symétrie en est la preuve. Les polydactylites ont entraîné de profondes altérations des ongles ; les poussées de pustulettes ont été remarquables par leur fréquence et leur caractère éphémère ; elles se desséchaient en moins de 24 heures et ne laissaient d'autres traces qu'un érythème desquamatif simulant l'herpétide exfoliative. Ces manifestations sont étendues à la muqueuse basale.

Darier a trouvé du staphylocoque blanc dans le pus.

Quelques réflexions seulement : l'observation est incomplète ; si l'auteur lui-même n'avait pas affirmé l'identité de ce cas avec ceux qu'il a étudiés ultérieurement, on serait embarrassé pour la déterminer. L'existence de phénomènes asphyxiques est tout à fait anormale dans les « phlycténoses récidivantes des extrémités ».

Notons l'existence de lésions buccales que nous retrouverons signalées ailleurs.

Obs. II. (Hallopeau. *Annales de Dermatologie* 1892, p. 514.) — Homme de 48 ans, fait remonter à 12 ans le début de sa maladie ; bonne santé antérieure ; psoriasis bénin et typique depuis l'enfance.

Origine apparente : un coup de marteau sur le pouce gauche, à la suite duquel apparut une suppuration qui s'étendit à toute la main. Pendant deux ans, dans cette région, série d'éruptions pustuleuses ; ensuite, mêmes lésions sur la face palmaire de la main et des autres doigts. Depuis lors dans les mêmes zones, poussées pustuleuses subintrantes, bien que le malade ait cessé tout travail. Ongles déformés et altérés.

Paraît par ailleurs vigoureux. Syphilis contractée il y a deux mois ; actuellement syphilide papuleuse qui guérit par le traitement, tandis que les lésions des extrémités restent stationnaires.

Les lésions sont restées limitées aux doigts et à la face palmaire des deux mains ; il se produit presque incessamment des suppurations blanc jaunâtre ; les dimensions des foyers varient d'une tête d'épingle à plusieurs centimètres ; les contours en sont arrondis ou polycycliques ; ils ne sont

pas saillants : leur évolution est très rapide ; ils se dessèchent peu de temps après leur formation, de telle sorte que la piqûre ne fait plus sortir de pus, bien qu'il semble encore exister un soulèvement purulent de l'épiderme ; ce dernier prend alors l'aspect d'une croûtelle ou d'une squame épaisse. Les téguments voisins des pustules sont rouge vif. Les doigts ne peuvent être étendus complètement : la peau ne peut être plissée, de sorte qu'il semble qu'il se soit produit un léger degré de sclérodermie.

Les ongles ont souffert, leur surface est dépolie, striée longitudinalement ; le bord libre est soulevé par des masses incomplètement kératinisées ; sur leurs faces latérales, il y a des nappes purulentes.

Sensation de cuisson pénible, mais non de prurit.

Le malade a été retrouvé sept ans plus tard et voici la suite de son histoire :

HALLOPEAU. (*Annales de Dermatologie* 1899, p. 566.) — Actuellement (juin 1899) : 1° *Main droite.*— Face palmaire : elle présente une coloration rouge pâle sur laquelle tranchent des îlots purulents d'un blanc jaunâtre, ces îlots sont disposés en foyers dont le volume varie d'une tête d'épingle à celui de nappes étendues à contours irréguliers ou polycycliques. Aucun de ces foyers purulents ne forme de saillie appréciable. Le plus étendu occupe la partie moyenne de la région et remonte jusqu'au pli du poignet.

L'épiderme est plus épais sur les parties desquamantes. Sur les parties rouges, il est au contraire aminci et paraît plissé. Il existe des plis radiés sur la face dorsale du pouce.

L'épaississement de l'épiderme est prononcé surtout au niveau des sillons, particulièrement du sillon transverse antérieur où la couche cornée atteint cinq millimètres d'épaisseur ; il y est le siège d'un dépôt purulent. Des soulèvements purulents semblables se trouvent à la face palmaire des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts. Au niveau des phalangines, les couches cornées sont presque entièrement tombées ; il ne reste plus qu'un mince feuillet épidermique d'un rouge intense et parsemé d'îlots purulents. L'altération ne s'étend pas au-dessus du poignet où elle ne consiste plus qu'en un plissement de la peau avec rougeur.

Face dorsale : les altérations sont limitées à une partie des doigts. Les ongles sont tombés, leur matrice est soulevée par les foyers purulents qui viennent d'être décrits. Le lit de l'ongle de l'auriculaire se continue directement avec la peau de la phalangine. Le rebord des autres ongles est très prononcé et indiqué seulement par un sillon transversal desquamant. Au niveau de l'annulaire et du médius, on remarque une légère kératinisation. L'épiderme est plissé sur la face dorsale de celui-ci. Les plis interdigitaux sont rouges et desquamants.

Dans l'espace qui sépare les têtes des métacarpiens, on voit une partie rouge qui répond à une excoriation récente.

2° *Main gauche.* — Les altérations sont identiques à celles qui viennent d'être décrites. Les phalangettes de l'index et du médius sont légèrement étendues sur les phalangines. De temps en temps, la malade accuse un peu de cuisson ou du prurit. Il n'y a pas d'asphyxie locale des extrémités ; les pieds sont sains.

Dans le liquide purulent, M. Laffitte a décelé la présence, en quantité

considérable, de staphylocoques dorés. M. Jeanselme en avait déjà trouvé en 1892.

Lors de la première présentation, Vidal signala qu'il avait fait mouler (moulage n° 796) un doigt présentant des altérations semblables; ces lésions, à son avis, ne correspondaient à aucun type défini à ce moment, et il les considérait comme d'origine trophonévrotique, tandis que Hallopeau admettait leur origine microbienne.

Thibierge dit qu'il avait vu un cas semblable qui n'avait pas été défini davantage et qu'on avait également, d'une manière générale, considéré comme d'origine trophonévrotique.

Obs. III. (J. H. Stowers. *British Journal of Dermatology*, 1896, p. 1.) — Femme de 67 ans, mariée, mère de deux enfants, entrée à l'hôpital le 25 avril 1888. Pas d'antécédents héréditaires. Mariée à 27 ans; auparavant, anémie, palpitations de cœur.

Un second enfant à 29 ans; quatorze jours plus tard, abcès périunguéal du pouce droit; chute de l'ongle, malgré l'incision de l'abcès. Depuis lors, persistance des accidents inflammatoires; pustules répétées. Deux mois plus tard, pouce gauche atteint de même, l'inflammation entourant la matrice s'étendit jusqu'au milieu de la face dorsale. Ultérieurement, à des intervalles variant de huit à seize mois, tous les autres doigts et ongles furent envahis successivement à l'exception de l'index et de l'annulaire gauches. Une pustule se formait sur le bord interne et une ulcération consécutive détruisait l'ongle et la matrice, créant des surfaces excoriées, pustuleuses et croûteuses. Les pustules donnaient issue à un liquide épais ou séreux jaunâtre et s'accompagnaient d'une sensation de tension.

Les ongles du pied droit tombaient de la même façon, puis ceux du pied gauche, à l'exception du troisième. Les seconde et troisième articulations des troisième et quatrième doigts gauches sont irrégulièrement fléchies. En général, la peau en est luisante. Aucune lésion des viscères; pas d'anomalies urinaires.

Femme robuste, n'ayant jamais été sérieusement malade; elle a seulement souffert de vives douleurs dans les membres inférieurs.

Le Dr Hallis apprit à Stowers qu'en 1851, cette malade avait les mains et les pieds recouverts d'écailles; les deuxième et troisième phalanges des doigts, les paumes des mains, les orteils, les plantes des pieds étaient privés d'épiderme; tous les ongles manquaient. Démangeaisons, élancements, sensation de brûlures troublant le sommeil. En juin 1893, attaque épileptiforme. A ce moment, aggravation de l'éruption des mains; mais, en décembre de la même année, érythème généralisé à la suite duquel il se produisit une amélioration partielle. La malade mourut deux ans après, peut-être d'une carcinose abdominale, 45 ans après le début de la maladie.

Obs. IV. (*Personnelle et inédite.*) — Femme âgée de 49 ans. Père et mère morts de rhumatismes. Aucun antécédent personnel; mariée; quatre enfants dont deux morts de la fièvre typhoïde, et un autre de cause inconnue; pas de fausses couches. La maladie a débuté il y a quinze ans,

deux ans et demi après le dernier accouchement. Cette femme a été cultivatrice, puis ménagère; elle ne travaille plus guère depuis bien longtemps, à cause de l'état de ses mains; elle est recueillie dans un couvent.

L'affection a débuté par de violentes douleurs qui accompagnaient l'apparition d'une phlyctène remplie de pus sur le bord de l'ongle du pouce droit. Au bout de quelques semaines, l'ongle tomba, et les douleurs furent atténuées; à ce moment, la lésion passa pour un petit panaris. Au bout de quelques mois, mêmes douleurs et mêmes phénomènes de suppuration et de chute de l'ongle du médius droit, puis de l'index du même côté. Le quatrième doigt atteint fut l'index gauche; puis vint le tour du pouce gauche, et successivement tous les autres doigts, à l'exception de l'auriculaire droit resté sain. Le dernier a été atteint il y a dix-huit mois.

Pendant toute cette période, la malade a souffert de douleurs insupportables occupant la face interne du membre supérieur à partir de l'aisselle; les douleurs duraient cinq à six jours, irradiées et principalement diurnes; elles ont complètement disparu depuis un an et demi. Les extrémités malades sont également devenues moins douloureuses, mais il n'y a eu aucune autre amélioration.

Jamais de lymphangite, ni d'adénopathies. Pas d'engelures. Aucune trace d'asphyxie ou de stase; mains blanches, normales. Membres supérieurs absolument sains, sans atrophie ni anesthésie. Pas de scoliose; pas d'altérations viscérales appréciables. État général très bon; la malade se plaint seulement de digérer difficilement.

État actuel. — *Main gauche.* — Pouce gauche : l'ongle a disparu totalement, sans laisser de traces; le doigt est terminé par un cône régulier et pointu, revêtu d'une peau rouge, lisse, tendue, mince. La lésion ne dépasse guère la deuxième phalange ainsi ratatinée. Çà et là, le tégument est encore recouvert de larges squames épaisses, décollées par places, et recouvrant un exsudat jaunâtre.

Les phalangines de tous les doigts de cette main offrent un aspect analogue : peau rouge, lisse, tendue; atrophie générale de l'extrémité. Sur ce tégument, squames épaisses, taches érosives. Ces désordres occupent l'extrémité même du doigt et entament à peine la face palmaire de la pulpe. Le médius et l'annulaire offrent encore de vagues rudiments de substance unguéale épais et irréguliers; mais l'ensemble du lit est simplement recouvert de squames, de croûtes minces et sèches, de pus. L'annulaire n'a plus d'ongle du tout; on y reconnaît cependant encore le pourtour de l'ancien ongle et le repli sus-unguéal existe. Sur la face dorsale de la phalangine, œdème rouge, limité. Sur l'éminence thénar, au niveau de la métacarpo-phalangienne, surface à peu près circulaire, un peu moins étendue qu'une pièce de cinq francs, recouverte de squames, qui, détachées, laissent voir un ou deux petits lacs de pus.

Main droite. — A l'index, l'ongle a disparu, sans laisser aucune trace. La peau de la phalange en est lisse, rouge, tendue, semée de croûtes, de squames et de petits lacs de pus circulaires, logés dans l'épaisseur même de l'épiderme, au-dessous des couches cornées, vraisemblablement. Mais au lieu d'être conique, pointu comme au pouce gauche, la phalangine offre un œdème dur, rouge, et elle ne se fléchit pas sur la phalangette. Au

médius il reste des lésions un peu moindres, mais semblables : l'ongle est remplacé par une couche d'apparence cornée superposée. On reconnaît vaguement l'ancien repli sus-unguéal; doigt en baguette de tambour.

Mêmes désordres à l'annulaire ; mais les lésions sont étendues sur la pulpe, et sur la face dorsale s'étend une large phlyctène pleine de pus jaune et épais. Mêmes désordres sur le pouce.

Seul de tous les doigts, l'auriculaire est complètement sain.

Aux pieds. — Aucune anomalie, à l'exception de la disparition de l'ongle du gros orteil droit qui est tombé sans suppuration, ni douleurs, et qui est actuellement représenté par une surface lisse, pâle, cornée sinon unguifiée.

Aucune adénopathie; pas de renflements, ni de douleurs sur les trajets des nerfs des membres,

Toutes ces lésions ont été très douloureuses quand elles s'installaient ; actuellement elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène bien accusé ; cependant la malade en souffre encore quand elle lave. Bien entendu, tout travail exigeant un toucher est à peu près interdit.

Traitement. — Pommade pyrogallique au trentième. Doigts de caoutchouc.

Quinze jours plus tard, la malade a eu d'assez vives douleurs au niveau des lésions ; cependant, elles semblent plutôt un peu améliorées.

Traitement. — Le matin, badigeonnage avec le nitrate d'argent au vingtième ; le jour, acide borique en poudre ; la nuit, pommade pyrogallique ; après trois semaines, notable amélioration ; il ne reste que trois ou quatre pustulettes; bien entendu, les déformations persistent ainsi que la rougeur, etc.

Examen des urines. — Ni sucre, ni albumine, quantité moyenne par vingt-quatre heures : de 12 à 1 500 grammes.

Analyse (par litre): densité 1 013, réaction acide ; chlorures 6, phosphates 2,53, urée 26,90.

Réaction de Haycroaft positive (acides biliaires).

Examen du sang (par M. le Dr Dalous, chef de clinique). — Morphologie normale des globules rouges.

Peut-être un léger degré de leucocytose. Pourcentage des globules blancs : lymphocytes, 19 p. 100; mononucléaires, 13 p. 100; polynucléaires, 67 p. 100; éosinophiles, 1 p. 100; en somme, légère augmentation des polynucléaires.

Examen du pus (par le Dr Dalous). — Staphylocoque blanc.

Obs. V. — *Inédite, communiquée par* Hallopeau. — Homme de 28 ans, sans antécédents héréditaires ; à 8 ans, éruption eczémateuse ; à 14 ans, éruption suppurative occupant tous les doigts, faisant tomber tous les ongles et conduisant le malade dans un hôpital de Lyon. Au bout d'un an, guérison sauf au niveau du médius gauche ; les altérations frappent ce doigt dans toute son étendue, créant des soulèvements purulents d'une dimension inusitée. L'ongle n'a pas repoussé. Depuis un an, traitement par des compresses imprégnées de biborate de soude 11, acide borique 10, acide salicylique 5, par litre.

Sous leur influence, guérison des érosions de la première et de la deuxième phalange et la lésion s'est cantonnée sur la face dorsale de la phalangette (lit de l'ongle) ; à ce niveau, on note actuellement un décollement purulent qui en occupe la moitié gauche ; le reste est d'un rouge vif,

déprimé, recouvert de feuillets épidermiques. Au toucher, sensation de résistance due à la structure du lit unguéal. A l'extrémité de la phalangette, l'épiderme est soulevé par un exsudat puriforme épais ; si on l'enlève, on découvre une surface d'un rouge vif, d'une consistance moins ferme que sur le lit de l'ongle.

Actuellement, la main est froide, mais la température extérieure est basse, et le malade assure qu'habituellement il n'en est pas ainsi.

Le bourrelet épidermique de la matrice unguéale a disparu, et la peau de la phalangine se continue directement avec le lit de l'ongle. Cette peau de la phalangine est d'un rouge vif, disparaissant à la pression et recouvre une extrémité légèrement tuméfiée.

Ce doigt est atrophié : circonférence de la phalangette malade, 5 millimètres contre 6 millimètres du côté sain. Longueur du doigt, 10 centimètres contre 10 centim. 5 du côté sain. La dernière phalange mesure 22 millimètres contre 25 millimètres de l'autre côté.

Sensibilité intacte.

Rien aux pieds.

Continuation du traitement.

On peut facilement résumer les caractères communs à ces quelques faits. Ce sont :

1° Le début constant et souvent spontané sur les extrémités des doigts ;

2° La production d'éléments éruptifs constitués par de petits lacs de pus, plus ou moins étendus, souvent arrondis, non saillants, logés dans l'épaisseur même de l'épiderme, entraînant la desquamation des couches épidermiques qui en forment le couvercle, et laissant après eux des surfaces momentanément érodées, jamais ulcérées : *phlyctènes purulentes et non pustules ;*

3° La participation irrégulière, mais constante, de tout ou partie des ongles qui sont traités par le processus morbide exactement comme par une tourniole vulgaire ;

4° L'extension au tégument de la paume, puis du dos des mains ; la même évolution sur les pieds ;

5° La limitation de la maladie aux mains et aux pieds, ces derniers moins profondément, moins nécessairement frappés ;

6° L'existence d'un prurit local habituellement modéré, de douleurs locales parfois intenses ; exceptionnellement, l'existence de violentes douleurs irradiées sur la face interne du bras ;

7° La marche extraordinairement lente des désordres ; leur persistance telle qu'on peut considérer la maladie comme positivement incurable ;

8° L'absence de toute altération de l'état général, de tout accident concomitant, de troubles urinaires, d'altération du sang ;

9° L'absence de toute complication septique, lymphatique ou autre, d'atrophie, d'anesthésie quelconque, etc. ;

10° Enfin, la transformation des extrémités digitales ratatinées, privées de leurs ongles, et réduites à de petits moignons coniques et scléreux.

Ce sont là, je crois, des phénomènes tout à fait frappants et qu'on ne retrouve, à ma connaissance, dans aucun autre syndrome décrit. Notons que, sauf dans un cas, il n'existait aucun signe d'asphyxie locale, ni antérieure, ni contemporaine.

La maladie frappe indifféremment des hommes et des femmes : hormis une fois, elle a débuté chez des adultes, peut-être toujours spontanément. Elle durait depuis vingt ans chez le second malade de Hallopeau ; elle a persisté quarante-cinq années dans le cas de Stowers ; il y en a quinze que ma patiente est atteinte ; après tant d'années écoulées, le phénomène pathologique aboutit à des désordres semblables, comme fixes.

Jusqu'à présent, rien n'a permis de rattacher ces phénomènes à des troubles des organes centraux ou de l'état général ; l'avenir nous renseignera probablement à ce sujet en comblant les lacunes des observations précédemment reproduites.

En ce qui touche leur pathogénie, nous ne sommes guère plus avancés qu'au premier jour ; cependant tout milite en faveur de l'hypothèse d'une névrite originelle : la marche extraordinaire de la maladie, l'existence de violentes douleurs névralgiques irradiées dans un cas, surtout les lésions positives constatées dans un fait que l'on trouvera relaté plus loin, sont autant de bonnes raisons qui permettent de s'y rallier, et je l'accepte entièrement. Évidemment l'infection y joue un rôle constant, mais secondaire ; d'ailleurs Hallopeau lui-même paraît être actuellement de cet avis. De la nature, de l'origine de cette névrite, nous ne savons absolument rien.

Quant à la thérapeutique employée, elle a seulement modifié les symptômes dans les différents cas, et nous devons, jusqu'à présent, considérer l'infirmité comme définitive.

IV. — Formes frustes ou avortées

Obs. VI. (Ch. Audry. *Annales de Dermatologie*, 1897, p. 303.) — Homme de 25 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels ; ni engelures, ni asphyxie, ni stase des extrémités. Une blennorragie, il y a plusieurs années ; acné légère et banale de la face et du dos.

Il a été employé dans une maison de droguerie ; mais il l'a quittée depuis deux ans et demi ; actuellement voyageur de commerce, sobre, robuste, bien portant.

Début de la maladie en mai 1896 ; sans cause connue, il vit apparaître à l'extrémité de la pulpe du pouce gauche une vésicule non douloureuse, ni prurigineuse ; elle s'étendit, décolla l'épiderme superficiel, devint purulente, s'ouvrit et guérit. Le tout dura quinze jours environ. Il n'y eut rien

d'anormal pendant deux mois ; puis une seconde poussée analogue eut lieu au mois de juillet de la même année.

Il se présente pour la première fois à la policlinique en octobre 1896, et nous fait voir la troisième poussée. Tout l'épiderme superficiel de la pulpe du pouce gauche est décollée en une vaste phlyctène remplie de pus, entourée d'une étroite marge rouge. Pas de douleur, ongle normal. J'excise tout l'épiderme décollé et mets à nu une surface recouverte d'un exsudat jaunâtre ; guérison rapide et complète qui persiste environ un mois.

Le malade nous apprit que, depuis cette dernière époque, il a constamment présenté des éléments éruptifs vésiculeux au début à peu près indolents, qui s'étendent, deviennent purulents, s'ouvrent et guérissent. Ces éléments sont exactement limités à la partie antérieure et antéro-externe du pouce ; il n'y en a jamais eu sur la face dorsale, ni sur le bord interne.

Nous le revoyons au commencement de février 1897. Sur la pulpe du pouce, traces squameuses de phlyctènes guéries. Sur la partie antérieure et antéro-externe de la première phalange, sur l'éminence thénar, au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne, sont dispersées 7 ou 8 vésicules ou larges pustules.

Les plus récentes (3, au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne) sont coniques, saillantes, fermes. L'extrémité transparente laisse voir un point rouge ; la peau, au voisinage immédiat, est légèrement érythémateuse.

Les autres sont plus larges, rondes, purulentes, encore recouvertes d'une épaisse couche cornée. Indolence absolue. Le malade accuse seulement une démangeaison légère quand surviennent les éléments éruptifs. La face dorsale du doigt est normale, sauf un peu de rougeur œdémateuse. La croissance de l'ongle est régulière.

Pas de troubles trophiques ou sensitifs ; pas d'irradiations dans le reste du membre.

Obs. VII. (Hallopeau. *Annales de Dermatologie*, 1897, p. 474.) — Femme atteinte depuis 5 ans d'une dermatose qui est restée longtemps limitée au médius de la main droite ; dans ces derniers temps, elle s'est étendue à toutes les extrémités digitales, sauf l'annulaire et l'auriculaire droits ; elle intéresse également les faces palmaire et dorsale des mains, bien qu'avec moins d'intensité. L'éruption est constituée par des vésicules, des excoriations, des rougeurs avec épaississement du tégument et par des desquamations lamelleuses ou légèrement croûteuses ; ces diverses altérations répondent aux différents âges de lésions incessamment récidivantes ; chaque jour, de nouvelles vésicules se forment, s'ouvrent ou se dessèchent et, donnent lieu soit à des excoriations, soit à des croûtelles ou à des squames. Lorsque celles-ci se détachent, on voit le derme recouvert d'un épiderme aminci, lisse et brillant; en d'autres points, la peau est au contraire épaissie et ses plis sont exagérés. Les parties malades sont rouges par places ; il ne se produit pas de prurit, mais des sensations pénibles de cuisson. Aucun doigt n'est actuellement envahi dans sa totalité. L'ongle de l'index droit présente au-devant de la lunule une dépression qui indique un trouble dans sa nutrition. On voit que, dans ce cas, il s'agit d'éruptions purement vésiculeuses ; elles diffèrent de l'eczéma par l'absence

de prurit, par la localisation à une main et par la production incessante de vésicules isolées et non agminées comme dans l'eczéma.

Obs. VIII. (Hallopeau et Laffite. *Annales de Dermatologie*, 1897, p. 474.) — Homme. L'éruption est limitée à l'index de la main droite. Elle s'y reproduit incessamment depuis sept mois. Elle est caractérisée par la production journalière de vésicules isolées, qui bientôt se rompent et sont remplacées par de minces squames ou croûtelles. Le doigt a été envahi progressivement dans toute son étendue. Il est rouge et squameux ; l'ongle est creusé verticalement de sillons profonds ; il a perdu son poli. Ce qui caractérise surtout cette dermatose, c'est sa continuité ; souvent le malade paraît guéri, mais bientôt de nouvelles vésicules se reproduisent. Il n'y a pas de prurit, mais seulement une légère cuisson et une sensation de gêne pénible dans les mouvements.

Obs. IX. (Ch. Audry. *Annales de Dermatologie*, 1899, p. 573.) — Homme robuste de 25 ans, monteur sur métaux, sans antécédents pathologiques autres que des papillomes du gland et des engelures pendant l'enfance.

Sans cause appréciable, il a vu, il y a un an, des vésicules prurigineuses apparaître sur la face dorsale de la troisième phalange du médius de la main droite. L'ongle lui-même et la zone périunguéale ont toujours été respectés et restent sains. La lésion n'a jamais changé d'aspect ; elle a été et est encore constituée par des vésicules petites, régulières, remplies d'un liquide clair, jamais purulent. Les vésicules sont assez élevées, se dessèchent, parfois s'érodent en laissant une petite érosion qui se cicatrise rapidement. Les plus grosses ont atteint les dimensions d'une lentille. Elles ont toujours été limitées rigoureusement au médius droit, elles se sont tendues progressivement ; mais elles n'ont siégé que sur la face dorsale et les côtés des deuxième et troisième phalanges. La face palmaire a toujours été indemne. Le malade n'a ressenti aucune douleur, ni locale ni irradiée ; il existe un prurit assez intense pendant et après les poussées. Celles-ci se produisent à des intervalles réguliers depuis un an. Le malade n'est jamais resté plus de 8 à 10 jours complètement guéri.

Quand il se présente à la clinique, on constate sur la face dorsale de la deuxième phalange, au niveau de l'articulation de la phalangine et de la phalangette, la présence d'éléments vésiculeux disséminés sans ordre, qu'on peut comparer assez exactement à des vésicules de dyshidrose ; elles s'en différencient par leur localisation irrégulière, par leur production pendant l'hiver, et aussi par leur apparence ; elles paraissent soulever tout l'épiderme et, une fois desséchées, présentent une petite dépression centrale. Il n'y a aucune rougeur au-dessous ou au pourtour. Le doigt n'est ni plus rouge ni plus volumineux que les voisins. La seule anomalie est représentée par une diminution assez marquée de la sensibilité à la piqûre. Aucune trace de troubles trophiques, ni sur les doigts, ni ailleurs. Aucun stigmate de dégénérescence ou d'intoxication.

Ces quatre observations sont manifestement moins caractérisées que les premières.

En somme, il s'agit d'hommes jeunes présentant sur les doigts et les mains des éruptions vésiculeuses, indéfiniment récidivantes, qui ne relèvent ni de la dyshidrose, ni de l'eczéma. On doit se demander

si de tels caractères suffisent pour les individualiser et, d'autre part, s'ils permettent de les rapprocher de la variété que nous avons considérée comme typique.

Pour l'observation V, la plus ancienne des miennes, Hallopeau a été très affirmatif dès le début, et je partage son avis ; l'aspect objectif de la lésion était tout à fait comparable, mais en miniature, à celui qu'offrait ma malade de l'observation IV ; c'étaient les mêmes phlyctènes purulentes logées dans l'épaisseur de l'épiderme, et se renouvelant indéfiniment sans aucune réaction de voisinage. Sans doute, l'ongle était encore respecté ; mais l'extension jusqu'à l'éminence thénar, la localisation extrêmement précise dans la sphère du collatéral externe du pouce qui lui donnait un aspect de névrite frappant, sont autant de rapports que je crois sûrs. Je ne sais pas ce qu'est devenu ce malade ; mais actuellement, je porterais à son sujet un pronostic très réservé, ne sachant pas s'il offre simplement des lésions du début ou s'il est frappé d'une manière transitoire et curable par une névrite moins grave.

A propos de l'observation VII, on peut éprouver quelques doutes, surtout à cause de la diffusion relative des vésicules ; dans les cas VIII et IX, la limitation constante, durable de l'éruption à un seul doigt, jointe aux caractères particuliers des éléments vésiculeux et de leur évolution, font que je crois devoir et pouvoir réellement les considérer comme une variété élémentaire, sinon comme un début de la maladie. Entre ces deux derniers faits et les phlycténoses suppuratives, mutilantes typiques, les observations V et VI peuvent servir de transition.

V. — Forme maligne, progressive

Obs. IX. (Frèche. *Annales de Dermatologie*, 1897, p. 491.) — Campagnard de 42 ans, sans antécédents pathologiques.

Il y a deux ou trois ans, le malade a été occupé pendant plusieurs mois à tailler les haies le long du chemin de fer, ce qui le fatiguait beaucoup. Après le travail, étant au repos, surtout la nuit, douleur à la nuque, irradiée le long des bras, et sensations de chaleur dans les mains.

Ces douleurs cessaient pendant le travail; elles avaient disparu depuis quatre ou cinq mois quand ont débuté les accidents actuels qui sont apparus presque simultanément sur les doigts et la langue. Sur la langue : plaques arrondies blanc jaunâtre, de la grandeur d'une lentille, formant à la surface un véritable enduit diphtéroïde, qui recouvrait les papilles, sans aréole inflammatoire périphérique, sans infiltration sous-jacente. Ces lésions peu douloureuses gênaient cependant la déglutition ; elles ont apparu et disparu un grand nombre de fois depuis le début de la maladie.

Les lésions cutanées ont débuté il y a huit mois, au niveau du pouce droit, par une tache brunâtre de l'ongle, sans traumatisme ni blessure apparente. La femme du malade prétend qu'il a reçu sous l'ongle une piqûre d'épine, mais le malade ne s'en souvient pas. Quelques jours plus

tard, rougeur et gonflement de la sertissure de l'ongle, puis suppuration qui a soulevé et décollé l'ongle ainsi que le tégument voisin. Envahissement progressif de toute l'éminence thénar. Les autres ongles sont devenus spontanément malades, l'auriculaire d'abord, puis l'index, l'annulaire, enfin le médius. Quelque temps après, lésions semblables au pouce et à l'annulaire gauches.

En septembre 1901. — *Main droite :* face palmaire entièrement dépouillée d'épiderme formant une vaste plaque excoriée résultant de la fusion des divers îlots issus de chaque doigt.

Derme rouge foncé, lisse, non papillomateux, parsemé de pustules miliaires, aplaties, remplies de pus jaune et épais. Par places, lambeaux d'épiderme adhérents. La lésion est limitée par un contour très net, formé par une bordure d'épiderme décollé et macéré, se continuant avec l'épiderme sain qui ne présente aucune altération, ni gonflement, ni rougeur, ni pustules disséminées.

Sur la face dorsale, les placards ne remontent qu'à un centimètre et demi au-dessus des replis sous-unguéaux, saillants, tuméfiés, doulonreux, rouges, en bourrelets autour du lit de l'ongle. L'ongle même est inégal, bosselé, rouge et suppurant. Tous les ongles de la main droite sont tombés ; flexion des ongles presque impossible, très douloureuse.

A deux reprises, lymphangite de la main et de l'avant-bras.

Main gauche. — Pouce : ongle décollé. Lésions analogues à celles de droite sur les deux tiers de la face palmaire. Sensibilité conservée. Surfaces malades douloureuses.

Quinze jours plus tard. — *Main droite* à peu près stationnaire.

Main gauche : la plaque primitive occupe toute la dernière phalange du pouce, toute l'éminence thénar. Un second placard à la racine des troisième, quatrième et cinquième doigts, un troisième sur la phalange du cinquième doigt dont l'ongle est tombé, laissant le lit rouge, recouvert d'un épiderme mince, semé de pus.

Au médius : rougeur et gonflement du pli unguéal, avec un peu de pus dans la rainure, comme au début d'une tourniole. Index sain.

Cinq jours après. — *Main droite* légérement améliorée (antisepsie).

Main gauche : progression constante des lésions. La tourniole du médius entoure les deux tiers du contour de l'ongle qni se déchausse.

Les deux petits orteils sont malades depuis trois semaines. Pas de douleur.

Suite de l'observation publiée par Hallopeau. (*Annales de Dermatologie*, 1897, p. 1277). — Au début de juin de la même année, extension rapide des lésions aux jambes et à tout le corps sous forme de pustules dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une lentille. Tuméfaction de la face. Fièvre vespérale.

Puis amélioration, les lésions s'étendant sur les extrémités.

Le 23 novembre, entrée dans le service de Hallopeau, avec des lésions occupant toute la main jusqu'au-dessus du poignet, limitée par un bourrelet érythémateux net et finement squameux ; main presque entièrement recouverte d'épaisses croûtes mélicériques qui ne manquent que par aires disséminées rouges, semées de pustules. Doigts en massue; ongles tombés. Doigts fléchis sur les paumes des mains; les deuxièmes phalanges des médius et annulaires sont étendues sur les premières.

Sur les pieds, altérations semblables moins avancées : la face dorsale des trois derniers orteils est encore saine. A gauche, il ne reste que l'ongle du pouce. Si on enlève les croûtes de la plante du pied, on fait apparaître une surface rouge, criblée de traînées de pus.

Dans la continuité des membres, au tronc, au visage, restes de la poussée généralisée du mois de mai. Dans le pli inguinal, rougeurs et suintement. Sur les flancs, l'abdomen et le dos, placards éruptifs disséminés, constitués par des surfaces érythémateuses, parfois très étendues, parsemées de pustules de croûtes jaunâtres, d'excoriations purulentes.

Sur toute la lèvre supérieure, sur le bord libre de la lèvre inférieure, croûtes ainsi que sur la partie inférieure des joues et du menton.

Gêne considérable des mouvements. Sensation de cuisson dans les parties malades. Sur la face dorsale de la langue, quelques sillons peu profonds.

Après chute des croûtes par l'enveloppement humide, apparition de surfaces d'un rouge vif, semées de traînées purulentes en cercle, en nappes, principalement aux extrémités; rétrocession des lésions du tronc de la face et de l'abdomen.

En décembre 1897 (Hallopeau. *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 36), frissons, fièvre, poussée de rougeur et de nappes purulentes au voisinage des lésions antérieures. Les éléments purulents sont toujours remarquables par le défaut de saillie et la complexité de leurs contours sinueux; nombreux foyers miliaires disposés en nappes ou en demi-cercles.

Au tronc, aux cuisses, surfaces rouges, semées au centre de rares pustules entourées de myriades de soulèvements purulents.

Le 16 décembre, nouveau frisson, nouvelle poussée semblable.

Le jour suivant (enveloppement humide), amélioration.

Le 25, nouvelle poussée; décollements purulents de l'épiderme du scrotum, des cuisses, etc. Le 11 janvier, nouvelle poussée. L'éruption atteint la ligne mamelonnaire. On peut suivre la marche des éléments éruptifs; d'abord, léger soulèvement épidermique du volume d'une tête d'épingle, non saillant, entouré d'une aréole érythémateuse, plein de pus, atteignant les dimensions d'une petite lentille, plan ou légèrement saillant. Le centre se dessèche, devient croûteux, se déprime. Vastes surfaces rouges, lisses, luisantes.

Nulle part ulcération vraie, ni bourgeons. Extrémités dans le même état qu'antérieurement. Sur le dos de la langue, soulèvements purulents, polycycliques. Aucune complication viscérale appréciable.

Pas d'éosinophilie (Laffitte).

Mort le 16 janvier

Autopsie (*Annales de Dermatologie*, 1898, p. 223). — *Foie* gros : 2 500 gr., lisse, jaune; reins décolorés; cœur gras : liquide dans le péricarde; segments de l'intestin hyperémiés.

Examen histologique par Laffitte. — *Nerfs* (recueillie 24 heures après la mort). Dans le cubital : quelques tubes à myéline moniliformes; un nerf collatéral de l'orteil : un tiers est manifestement malade : fragmentation de la myéline; gaine de Schwann vidée de myéline.

Peau. 1° Tronc : disparition de la couche cornée. Amincissement notable du corps muqueux ; disparition à peu près totale des papilles. Violente

infiltration embryonnaire dans la zone sous-épithéiiale, et autour des glandes. Derme peu atteint. Les amas de cellules rondes intradermiques sont formés surtout de cellules conjonctives, de lymphocytes, et de quelques polynucléaires.

2° Dos de la main : Couche cornée disparue sauf en quelques points. Corps muqueux très aminci envoyant des prolongements nombreux dans le derme. Infiltration embryonnaire et texture réticulée du derme, dilatation des capillaires sanguins. Lésions d'œdème dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Foie : dégénérescence graisseuse complète.

Reins : même état; disparition de la plupart des cellules des anses de Henle; tubuli à peu près sains ; pas de sclérose.

Pour qui a pris la peine de lire cette observation, il est superflu d'insister sur la ressemblance que présente sa première partie avec l'histoire des malades réunis sous la rubrique « forme typique ».

Mais les désordres extraordinaires qui se sont produits au bout de deux années et ont fini par entraîner la mort du patient sont entièrement différents de tout ce que nous avons vu signaler jusqu'ici.

Hallopeau a admis qu'en fin de compte le malade a succombé à des accidents qui pouvaient être considérés comme appartenant à l'impétigo herpétiforme. Du coup, la question se trouvait posée de savoir si tous nos malades n'offraient pas tout simplement des formes frustes de cette affection. Je me bornerai à dire que W. Dubreuilh n'admet pas que le cas de Frèche puisse être considéré de la sorte (1). Or, il a vu et suivi le malade en question, et on sait qu'il est tout particulièrement compétent en ce qui touche l'impétigo herpétiforme. D'autre part, un élève de Wolff, Gunsett, qui a repris récemment l'étude de cette maladie, n'admet pas davantage cette assimilation (2), et cependant tous deux connaissent l'observation de Breier où l'impétigo herpétiforme débuta par les extrémités.

Le plus sage est d'admettre que le cas de Frèche-Hallopeau représente une forme maligne des phlycténoses récidivantes, de même qu'il en existe des formes abortives. Une telle modification dans leurs allures habituelles peut dépendre, soit de l'intensité ou de la généralisation des névrites, soit de la qualité de l'infection secondaire, soit de la décadence de l'état général.

Ce point de vue accepté, il s'ensuit que l'autopsie de ce malade et les examens histologiques de M. Laffitte représentent tout ce que nous savons de l'anatomie pathologique au sujet de nos patients.

(1) W. Dubreuilh. Impétigo herpétiforme, in *Pratique dermatologique*, t. II. Il cite comme voisins du cas de Frèche-Hallopeau ceux que Jamieson et Whitehouse ont publiés avec l'étiquette d'impétigo herpétiforme ; j'ai naturellement lu ces deux observations, et elles sont assurément différentes des phlyctènoses récidivantes des extrémités. Ces dernières ont été prises, mais ultérieurement, tout comme dans le cas de Kaposi.

(2) Gunsett. *Arch. für Dermat. u. Syph.*, 1900, t. LV, p. 377.

Les documents sont d'ailleurs fort intéressants, et, du moins en ce qui touche les altérations nerveuses périphériques, très suffisamment démonstratifs ; j'ai déjà signalé l'appui qu'ils apportaient à la notion d'une névrite périphérique originelle.

VI

D'une manière générale, j'ai été, je crois, très sobre de considérations générales et personnelles ; je pense que, seule, la lecture des observations peut impressionner le lecteur d'une façon telle qu'il arrive à partager une manière de voir non pas nouvelle, mais incomplètement admise. Il me faut cependant ajouter quelques lignes afin d'expliquer pourquoi la présente note est dissemblable de l'exposition donnée par Hallopeau et pourquoi je ne conserve pas l'appellation d' « acrodermatites continues ». Il n'y a du reste aucun doute sur le fait que c'est bien Hallopeau qui a eu le mérite et la bonne fortune de reconnaître et de décrire le syndrome nouveau dont l'existence me paraît hors de doute.

A l'emploi de l'expression : acrodermatites continues. on peut objecter que la dénomination est beaucoup trop vague, beaucoup trop générique : en fait, on peut très bien admettre l'existence d' « acrodermatites continues » se manifestant de toute autre manière. Ce peut être un terme de classification, mais non une désignation précise. J'ajouterai qu'il peut aussi ne pas exister de continuité absolue : chez plusieurs des malades dont on a lu l'observation, les lésions ont commencé par procéder en poussées successives, avant d'être à poste fixe ; même après l'installation définitive, il y a continuellement production de lésions successives, de sorte que ce sont aussi, par moment, des acrodermatites discontinues.

Voilà pourquoi j'ai préféré le terme : *phlycténoses récidivantes des extrémités* ; il paraît d'ailleurs plus expressif ; j'ai hésité un moment à choisir celui de *phlycténoses mutilantes et suppuratives des extrémités ;* il est beaucoup plus descriptif ; mais il cesse d'être exact si, comme je le crois, les formes vésiculeuses et légères doivent rentrer dans notre cadre.

Hallopeau distingue trois formes : vésiculeuse, suppurative, mixte. Les formes vésiculeuse et mixte répondent exactement à nos variétés « frustes ou avortées ».

Les formes suppuratives correspondent à notre forme type, suppurative et mutilante ; mais nous avons jugé bon d'en extraire l'observation Frèche-Hallopeau qui est réellement différente.

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE DES DERMATOSES LINÉAIRES

PAR

F. Balzer, Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

et

P. Lecornu, Interne des hôpitaux de Paris.

Des observations assez nombreuses de dermatoses linéaires ont été publiées dans ces dernières années. Elles ont donné lieu à des explications intéressantes de la part des auteurs. Nous n'en apportons pas de nouvelles à l'occasion de ce petit travail ; nous le publions en pensant qu'il contribuera à mettre en lumière les sièges de prédilection affectés par les dermatoses linéaires. Nous croyons que celles-ci sont provoquées bien souvent par l'intervention du système nerveux et que c'est sous une influence trophoneurotique que certaines d'entre elles prennent une apparence lichénoïde, quelle que soit l'affection générale dont le malade est atteint primitivement.

L'exposé des principales théories sera fait succinctement à propos des deux observations que nous publions. Pour de plus amples détails nous renverrons le lecteur à un mémoire plus étendu, publié par l'un de nous en collaboration avec M. Alquier (1), et dans lequel il trouvera les principales indications bibliographiques françaises et étrangères.

Observation I. — *Nævus systématisé en bandes zoniformes et linéaires.* — L. Y..., employé de chemin de fer, âgé de 47 ans, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 26 juillet 1901, pour une stomatite ulcéro-membraneuse légère. En le découvrant on constate qu'il présente au cou, au tronc et sur les membres des nævi lisses et pigmentés nombreux ; quelques-uns affectent une disposition linéaire des plus nettes.

Interrogé sur l'époque à laquelle cette affection est survenue, le malade répond que dans sa jeunesse il ne devait pas avoir les taches observées aujourd'hui et même que, lorsqu'il a fait son service militaire, personne ne lui en a fait la remarque. C'est l'année dernière, dit-il, qu'il a constaté pour la première fois l'éruption qu'il présente sur le dos, et, pour ce qui est de l'éruption de la jambe droite, il l'ignorait encore hier. En fait, l'éruption de la jambe, qui est d'une coloration rosée, paraît plus récente

(1) Balzer et Alquier. Des dermatoses linéaires ; étude clinique et pathogénique. *Archives générales de médecine*, 1er juin 1901, p. 717. Consulter sur le même sujet les publications suivantes : G. Étienne. Les nævi dans leurs rapports avec le système nerveux. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mars 1898. — Grelault. Contribution à l'étude des dermatoses linéaires. *Thèse de Paris*, 1901. Voir aussi les publications de MM. Brissaud, Hallopeau, Blaschko, Thibierge, Brocq, Constensoux, Jarisch, etc...

que celle du cou et du tronc, et il se pourrait que l'on soit là en présence d'un nævus d'apparition assez récente, bien que les dires du malade nous paraissent empreints d'une certaine exagération.

Au cou, on observe des taches pigmentées de coloration café au lait, non



Fig. 1. — Nævus.

surélevées, les unes lenticulaires, les autres plus étendues et disséminées dans toute la région du cou, tant à droite qu'à gauche.

Au tronc, l'éruption ne siège que du côté droit et présente une disposi-

tion zoniforme caractéristique (fig. 1). Ce sont trois traînées assez larges constituées par des éléments lisses, analogues aux éléments du cou et présentant la même coloration jaunâtre. Elles sont obliquement dirigées en bas et en avant parallèlement aux quatre nerfs intercostaux moyens. Au-

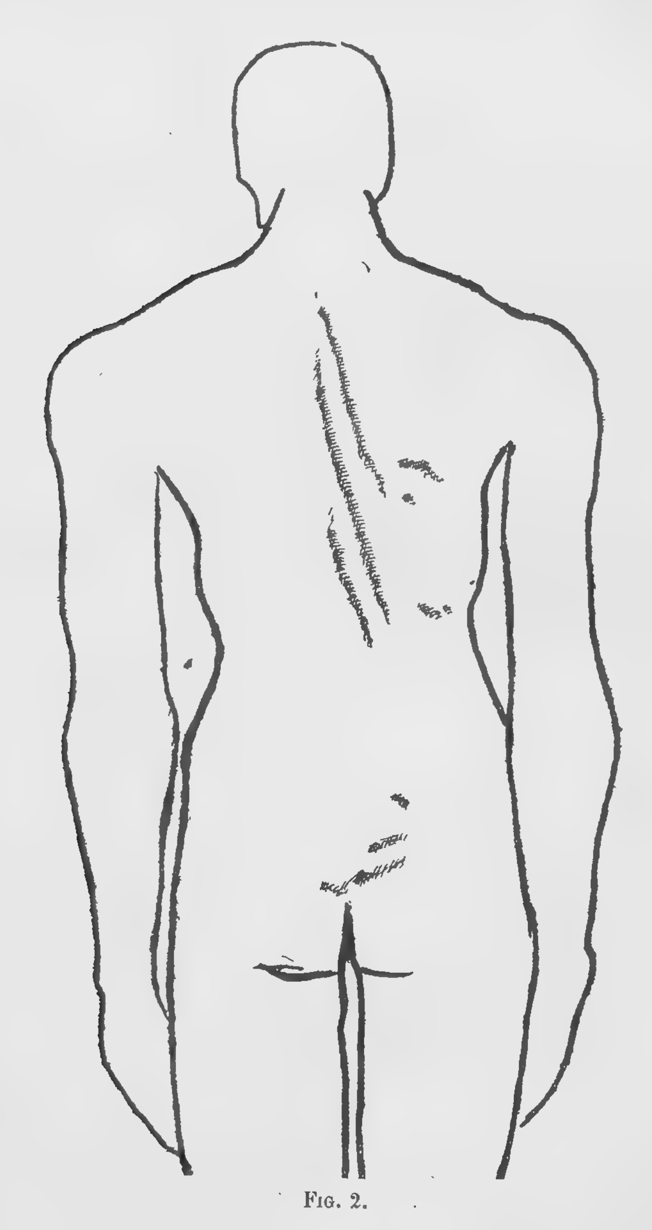


Fig. 2.

dessous de ces traînées et en arrière, le long de la colonne vertébrale, on en observe trois autres très étroites et beaucoup plus obliques, presque parallèles aux apophyses épineuses. A gauche, il n'existe pas de taches pigmentées, mais les bandes zoniformes du côté droit débordent légère-

ment de ce côté la ligne médiane, comme cela se produit dans les zonas (fig. 2). A la région sacrée on observe quelques placards pigmentés au-dessus du pli interfessier; on en observe aussi dans le pli inguinal droit, disposés parallèlement à ce pli.

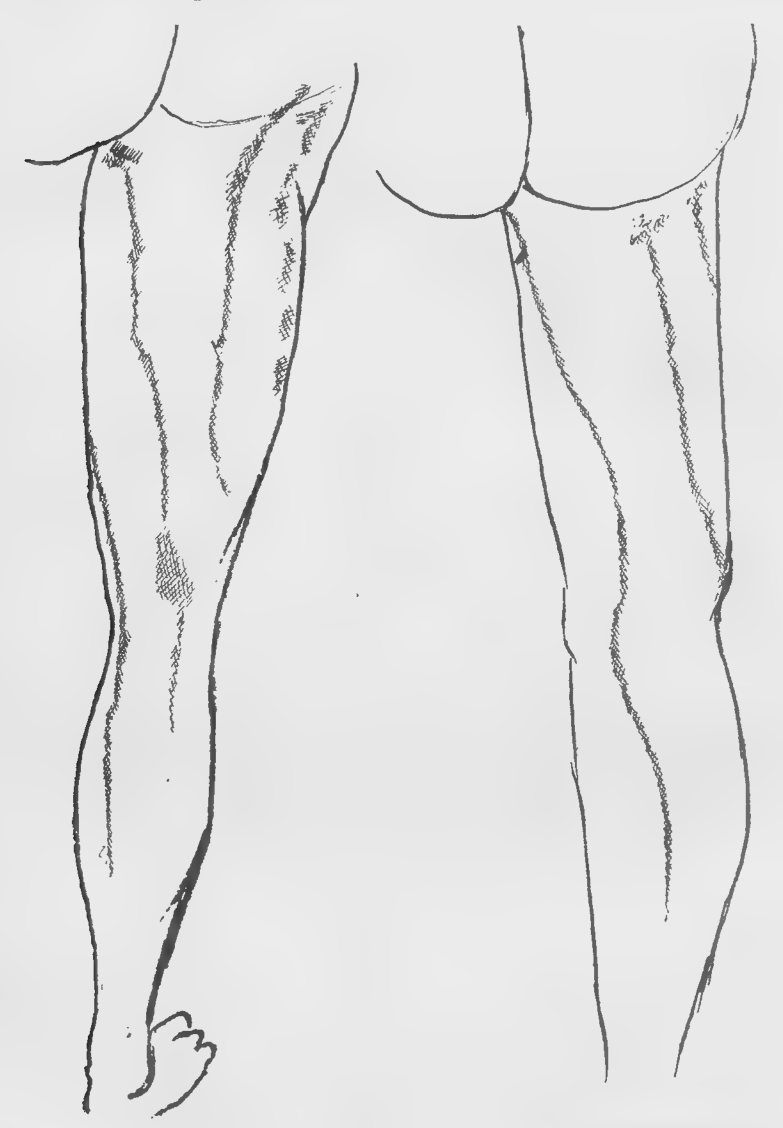


Fig. 3. — Face postérieure et face postéro-interne du membre inférieur droit.

C'est au membre inférieur droit que la disposition linéaire est le plus caractéristique. La bande la plus longue, large d'un centimètre, part en haut de la racine des bourses, descend le long de la face interne de la cuisse droite en décrivant une légère courbe à concavité antérieure; elle passe derrière le condyle interne du fémur dans le tiers interne de la

région poplitée, et descend verticalement à la face postéro-interne du mollet jusqu'au niveau de son tiers inférieur où elle s'arrête (fig. 3).

Une autre bande un peu plus large et à contours moins nets part du pli fessier un peu en arrière de la précédente, descend obliquement en bas et en dehors sur la face postérieure de la cuisse, atteint le tiers externe du creux poplité et s'arrête en s'élargissant à la face externe du tiers supérieur du mollet. Deux autres bandes, un peu plus diffuses et parallèles aux précédentes, descendent obliquement du pli fessier sur la face externe de la cuisse où elles se perdent vers le tiers moyen.

Les éléments qui constituent ces traînées linéaires de la cuisse présentent des caractères spéciaux : ce sont des taches jaunâtres, peu foncées, lisses, entourées d'une zone rosée, érythémateuse avec un pointillé d'un rouge plus foncé : ce sont, en résumé, des nævi lisses, rosés, avec des taches d'un jaune clair, rappelant les teintes de l'ecchymose en résolution.

Pour ce qui est de la topographie de ces lésions, elle répond manifestement pour l'une d'entre elles, mais pour une seulement, à une ligne de Voigt. C'est le long ruban qui suit le bord interne de la cuisse et de la jambe et qui répond exactement à la limite des territoires cutanés du petit sciatique et de l'obturateur au niveau de la cuisse, du petit sciatique et du saphène interne au niveau du mollet. Les autres bandes sont comprises dans le territoire du petit sciatique et paraîtraient plutôt en rapport avec le trajet des branches fémoro-cutanées de ce nerf. Ces quelques détails, ainsi que le croquis, ont été recueillis à la consultation de l'hopital Saint-Louis ; le malade, qui avait promis de revenir, ne s'est plus présenté.

Lorsqu'il faut expliquer, comme chez notre malade, une série de nævi unilatéraux intéressant les territoires de plusieurs nerfs, l'hypothèse d'une polynévrite périphérique fœtale paraît moins probable que celle de la myélite intra-utérine. Celle-ci intéresserait les faisceaux correspondant aux nerfs des territoires cutanés qui sont le siège des nævi, pendant leur trajet systématisé dans la moelle. On a expliqué ainsi les nævi symétriques zoniformes par une plaque de myélite intéressant le segment correspondant de la moelle. Les nævi obliques, croisant un ou plusieurs territoires nerveux cutanés, s'expliqueraient, suivant G. Étienne, par une myélite intéressant le segment métamérique de la moelle relié au territoire cutané par ses nerfs sensitivo-moteurs devenus obliques, au moment du développement de la moelle (1). Quoi qu'il en soit, à cette théorie de la myélite, on a opposé la théorie de l'*origine embryonnaire* qui admet une indépendance plus ou moins complète entre le dermatomère et le myélomère : le nævus pourrait se produire directement par suite d'un trouble dans le développement de la peau, sans l'intermédiaire du système nerveux. Sa localisation pourrait donc varier à l'infini ; toutefois il s'observe assez souvent au point d'accolement des territoires cutanés en voie de formation, sur le trajet des lignes de

(1) Voir G. Étienne, *loc. cit.*, p. 16.

Voigt. Cette localisation, d'ailleurs naturelle et facile à comprendre, explique fort bien la disposition linéaire de certains nævi ; elle pourrait s'appliquer au nævus linéaire principal qui s'étend sur le membre inférieur de notre malade.

Le plus habituellement les nævi se manifestent assez rapidement, au moment de la naissance ou peu après. Mais il se peut aussi que rien d'apparent ne se voie au moment de la naissance. Le nævus existe probablement, mais à un faible degré, au point d'échapper complètement à l'observation. Plus tard le processus nævigène, endormi en quelque sorte pendant un temps plus ou moins long, reprend sa marche et se manifeste dans le *locus minoris resistantiæ*, dans le terrain depuis longtemps préparé, qu'il envahit en partie ou en totalité. C'est ce qui s'est passé vraisemblablement chez notre malade qui a pendant longtemps ignoré l'existence de ses nævi multiples.

On pourrait peut-être expliquer la production de ces nævi à l'aide des deux théories : le système nerveux, de même que les anomalies de développement des territoires cutanés, ne semblent fournir que la direction au processus nævigène. Celui-ci se développe sous une influence pathogénique qui lui est propre, à la façon des tumeurs ; du moins c'est ce qui semble arriver dans les cas qui évoluent par phases successives comme celui qui nous occupe. Il suit alors dans son évolution, soit les lignes de Voigt où il trouve un terrain favorable, soit des trajets en rapport avec la disposition des nerfs, des racines ou des myélomères qui ont pu être intéressés dans une affection de la moelle ancienne ou récente.

Obs. II. — *Psoriasis en bandes zoniformes et linéaires d'apparence lichénoïde.* — L. A..., comptable, âgé de 55 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 6 juin 1901, pour une récente poussée de psoriasis. A l'âge de huit ans, il en a déjà eu une première poussée, mais il a guéri assez rapidement et complètement. Au dire du malade, le psoriasis n'a reparu qu'il y a un an et demi environ; pendant ce temps, il ne s'est fait traiter qu'une fois pour ce psoriasis dans le service de M. Fournier.

En 1873, le malade a contracté un chancre syphilitique suivi pendant trois ans de plaques muqueuses; il s'est traité 3 mois par les pilules de mercure et n'a pas eu depuis d'accidents spécifiques. En 1886, on l'a soigné pour une pneumonie tuberculeuse de la base du poumon droit et un peu plus tard pour une caverne pulmonaire du sommet droit. En 1896, il a été traité pour une néphrite. Il a eu à ce moment jusqu'à 7 grammes d'albumine par litre d'urine; il dit qu'on a plusieurs fois trouvé au cœur un bruit de galop. Il faut noter encore divers accidents qui se sont produits dans ces dernières années : des crises d'aortite douloureuses, et une dyspepsie hyperacide qui a duré fort longtemps et n'a cédé qu'au régime lacté. Le malade est un fumeur obstiné. Il est de plus sujet depuis long-

temps à des douleurs rhumatismales fréquentes; enfin depuis quelques mois il est atteint du tænia.

A son entrée, il présente un psoriasis généralisé en placards disséminés, prédominant au tronc et aux membres, et assez prurigineux.

On constate en outre chez lui les signes d'une excavation au sommet du poumon droit. Les urines ne contiennent qu'une petite quantité d'albumine et il y a une polyurie assez marquée; pas de bruit de galop ; artériosclérose peu prononcée. Sensibilité cutanée normale, réflexes normaux. État général assez bon. On renonce pour le moment à traiter ce psoriasis par l'huile de cade et on se contente de l'application de vaseline. En même temps on soumet le malade au régime lacté. L'albuminurie diminue assez rapidement. L'éruption pâlit plus lentement : cependant dès le mois d'avril 1901, les placards avaient beaucoup diminué.

A cette époque le malade éprouve des démangeaisons plus vives avec cuisson, tant au tronc qu'aux membres inférieurs et on voit apparaître une nouvelle poussée de psoriasis. Mais cette fois les éléments éruptifs présentent des caractères spéciaux et affectent dans la moitié droite du corps une disposition topographique très particulière.

Dans son ensemble, le psoriasis se présente sous forme de placards disséminés sur le tronc, l'abdomen et les membres; mais sur le côté droit du corps où ils prédominent, les éléments affectent volontiers une disposition systématisée. C'est ainsi qu'à droite et en arrière du thorax on observe deux larges placards allongés transversalement, moins obliques que les côtes moyennes qu'ils croisent et présentant une disposition zoniforme; le premier est à peu près dans la fosse sus-épineuse et parallèle à l'épine de l'omoplate ; le deuxième suit la même direction transversale et est situé à la hauteur de l'angle de l'omoplate. Un troisième groupe plus petit est situé à quatre travers de doigt au-dessous du précédent, mais n'affecte pas de disposition zoniforme aussi nette.

Aux fesses les placards sont nombreux, mais ne paraissent pas systématisés. C'est à la partie inférieure de l'abdomen et au membre inférieur droit que la disposition linéaire et systématisée est des plus nettes (fig. 4).

De l'ombilic à la racine de la verge on observe un ruban large de 7 à 8 millimètres, et situé exactement sur la ligne médiane au niveau de la ligne blanche ; ce ruban se continue en bas et à droite le long des bourses qu'il contourne, et atteint la partie supérieure et interne de la cuisse droite. A la cuisse il s'élargit un peu (1 centimètre environ) et, continuant son trajet, se dirige obliquement en arrière et en dehors en décrivant une légère courbe à concavité antérieure, atteint le tiers interne de la face postérieure de la cuisse, descend vers le tiers interne du creux poplité, puis au mollet parallèlement au jumeau interne, passe en arrière de la malléole interne et longe enfin les deux tiers postérieurs du bord interne du pied droit où il finit par se confondre avec de larges placards de psoriasis. Cette longue bande linéaire, à contours bien définis, ininterrompue de l'ombilic au gros orteil, correspond manifestement aux lignes de Voigt; à l'abdomen, sur la ligne médiane à la limite des territoires des derniers nerfs intercostaux droits et gauches; à la cuisse, à la limite des territoires du petit sciatique et de l'obturateur; enfin au mollet, à la limite des terri-

toires du petit sciatique et du nerf saphène interne; au pied, à la limite des territoires du saphène externe et du plantaire interne (fig. 5).

A la face postérieure de la cuisse, une autre bande très nette, large d'un centimètre et demi environ, naît à la partie moyenne du pli fessier et descend verticalement jusqu'au tiers moyen de la cuisse; à ce niveau, elle

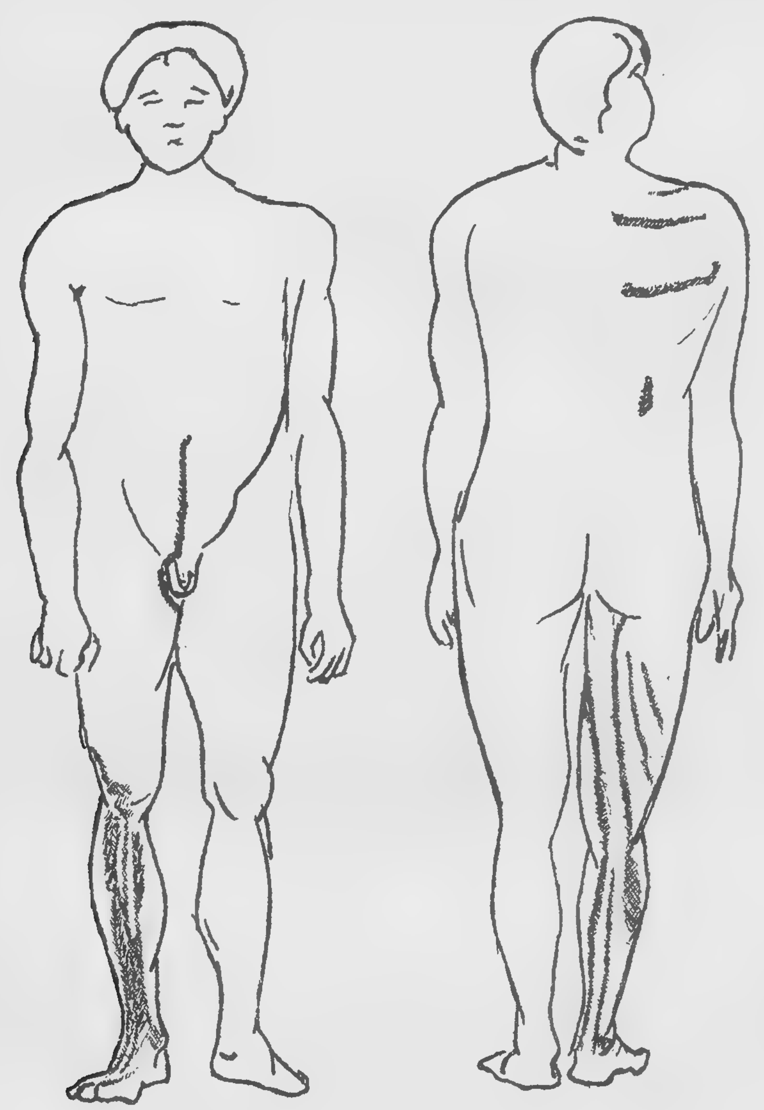


Fig. 4. — Psoriasis.

devient oblique en bas et en dehors et chemine parallèlement au ruban précédemment décrit, à 3 centimètres en dehors de lui; elle atteint le tiers externe du creux poplité et la partie supéro-externe de la jambe où elle s'élargit un peu. Après un court intervalle de peau saine, elle se continue sous forme d'une autre bande verticale, large de 3 centimètres,

suivant exactement l'interstice des jumeaux depuis l'angle inférieur du creux poplité jusqu'au tendon d'Achille, où elle se confond avec un large placard recouvrant toute la malléole externe et se continuant sur le dos du pied jusqu'aux trois derniers orteils. A la face antérieure de la jambe



Fig. 5. — Partie antérieure de la jambe et du pied droit.

Fig. 6. — Partie antérieure du pied droit.

il existe un vaste placard de psoriasis qui s'est constitué par la réunion de trois lignes descendant parallèlement depuis le tiers supérieur de la jambe jusqu'au tiers moyen du pied, et sur le dos du pied une traînée linéaire qui va jusque sur le gros orteil. Enfin, à la face postéro-externe de la cuisse, il existe deux bandes larges de 3 à 4 centimètres, étendues obliquement du pli fessier au tiers moyen de la cuisse et parallèles aux bandes précédemment décrites.

La topographie de ces différentes bandes ne paraît plus répondre aux lignes de Voigt. Celles de la cuisse sont comprises presque entièrement dans le territoire du petit sciatique, et l'on peut admettre qu'elles répondent soit aux trajets nerveux des branches fémoro-cutanées de ce nerf, soit aux



Fig. 7. — Partie postérieure du membre inférieur droit.

Fig. 8. — Partie postéro-externe de la jambe droite.

lignes de Voigt qui correspondent à la limite des territoires cutanés de ces branches. Quant aux bandes de la jambe, elles ne répondent à aucun trajet nerveux, à l'exception de la bande postéro-externe située sur le territoire du saphène externe.

Les éléments de cette poussée éruptive présentent encore quelques particularités intéressantes : les éléments linéaires ont un aspect lichénoïde très prononcé ; la peau est à leur niveau d'une coloration rouge vineux, et présente un épaississement et une saillie très marqués, peu de squames, pas de tendance à la pigmentation. Ils sont le siège d'un prurit assez intense et même un peu hyperesthésiques; cet état s'accentue dès que le malade est découvert : la démangeaison devient alors irrésistible. Quelques éléments nummulaires disséminés de son psoriasis ont un peu les mêmes caractères, mais d'autres présentent nettement la squame argentée par le grattage. D'autre part, les stries de Wickham ne s'observent ni au niveau des éléments linéaires, ni au niveau des éléments nummulaires, de telle sorte que le diagnostic de psoriasis paraît bien devoir être maintenu pour toute l'éruption cutanée.

A noter encore qu'on observe, à la face postéro-externe de la cuisse, de petites nodosités fibreuses très appréciables à la palpation, mobiles sous la peau, paraissant adhérentes à l'aponévrose et disposées pour la plupart en séries linéaires et verticales.

Au 12 novembre, rien de nouveau dans l'état du malade dont la sensibilité et les réflexes sont toujours normaux.

Cette poussée de psoriasis a été traitée seulement par les onctions de vaseline. Ces onctions ont assez rapidement amélioré les éléments nummulaires. Mais les traînées linéaires et zoniformes ne l'ont été que fort peu. Pourtant la grande traînée qui part de l'ombilic et descend jusqu'au pied s'est interrompue dans la partie de son trajet qui contourne le scrotum. Notre intention est de commencer des traitements locaux plus énergiques.

Nous publions ensemble ces deux observations parce qu'au premier coup d'œil nous avons été frappés des analogies que présentent chez les deux malades les bandes linéaires dans leur disposition au tronc et aux membres inférieurs. En certains points les lésions cutanées de nos deux malades paraissent presque superposables. Cela est vrai surtout pour la longue bande linéaire qui chez les deux malades semble localisée dans le trajet de la ligne de Voigt limitrophe du territoire cutané du nerf petit sciatique. Ces deux faits, le second surtout, fournissent une bonne démonstration de l'existence fréquente de la localisation des dermatoses en bandes le long des lignes de Voigt.

Il en est de même de la localisation si nette du psoriasis en bande sur la ligne blanche. Mais nous sommes beaucoup plus embarrassés pour expliquer, d'une part, le trait qui unit la ligne blanche à la ligne de Voigt du membre inférieur en contournant le scrotum, et d'autre part, la production et la direction des autres bandes linéaires de psoriasis situées sur le membre inférieur. Elles présentent des trajets qui déconcertent les explications anatomiques que l'on pourrait donner.

L'hypothèse de la névrite périphérique à laquelle serait subordonnée l'éruption linéaire ne nous paraît pas devoir être acceptée, en

présence de la forme spéciale et de la multiplicité des éléments linéaires et zoniformes.

Il faut donc se demander si la disposition curieuse de ces bandes de psoriasis doit se rattacher encore à une influence partie de la moelle. Peut-être peut-on l'expliquer par des troubles fonctionnels dépendant d'une irritation des segments métamériques de la moelle, irritation ayant retenti dans les territoires cutanés correspondants. L'embarras n'en subsiste pas moins pour expliquer cette disposition du psoriasis en bandes linéaires multiples.

Que notre malade puisse avoir des altérations médullaires, cela ne paraît nullement impossible. Il est à la fois tuberculeux et syphilitique; il a de plus les reins malades et enfin il est atteint de psoriasis. La nutrition chez lui est profondément atteinte; il ne présente pas les arthropathies particulières aux psoriasiques, mais nous trouvons sur sa cuisse gauche des épaississements fibreux en nappe allongée assez étendus qui doivent appeler l'attention. Les causes de l'irritalion de la moelle ne manquent donc pas et peuvent être cherchées, soit dans les anciennes infections dont il est atteint, soit dans les infections plus banales qui auraient pu l'atteindre accidentellement. Nous pouvons insister en passant sur la syphilis; déjà plusieurs fois signalée à propos des faits de ce genre, elle est, autant que les autres maladies infectieuses, capable de produire des irritations localisées de la moelle desquelles dépendent les dermatoses qui nous intéressent. Son ancienneté cependant nous paraît la mettre hors de cause dans notre cas.

D'autre part, on sait que le psoriasis peut provoquer des éruptions systématisées, et même en bandes linéaires. Chez notre malade, il s'agit d'un psoriasis évidemment anormal, ayant débuté dans l'enfance et se réveillant après une guérison apparente de 40 ans, avec des allures exceptionnelles. De plus, notre malade est un sujet névropathique affecté depuis longtemps de démangeaisons vives, alors même que son psoriasis n'était pas revenu; actuellement, dès qu'il est déshabillé, le prurit devient irrésistible, il est obligé de se gratter.

La multiplicité des bandes linéaires et zoniformes au tronc et sur le membre inférieur et leur unilatéralité sont des arguments qui donnent à penser que la moelle peut être intéressée dans cette curieuse dermatose.

Il faut encore tenir compte des caractères que présentent les bandes linéaires; les éléments éruptifs qui les constituent sont évidemment des papules confluentes disposées en bandes, mais ces éléments dès le début ont été évidemment plus épais et plus durs que ne le sont d'habitude les éléments de psoriasis. Ils sont manifestement lichénoïdes au point que l'on ne peut s'empêcher de vérifier s'il ne s'agit pas d'un lichen. Cette hypothèse doit être écartée,

comme nous l'avons dit dans l'observation, mais cette forme anormale dans une éruption psoriasique de date récente doit encore faire penser à une intervention du système nerveux. Du reste, l'aspect lichénoïde des dermatoses linéaires n'est pas rare. Dans le cas publié par l'un de nous avec M. Mercier, cet aspect lichénoïde était frappant au point que le diagnostic de lichen fut admis par plusieurs dermatologistes ; pourtant M. Hallopeau parvint plus tard à le guérir par des applications d'acide chrysophanique, et conclut à la nature psoriasique de l'éruption.

Il y a donc de bonnes raisons qui font penser ici à une influence trophoneurotique partie de la moelle et de laquelle dépendraient à la fois et la disposition de l'éruption en bandes linéaires, et la forme lichénoïde que prennent d'emblée non seulement les lésions linéaires, mais aussi un certain nombre d'éléments psoriasiques disséminés.

En effet, pour plusieurs auteurs, le psoriasis intéresse profondément le système nerveux ; on en montre les preuves dans les psoriasis consécutifs aux émotions morales, dans les arthropathies attribuées à des troubles trophiques d'origine médullaire, dans les psoriasis systématisés, symétriques, linéaires, ou cantonnés dans la sphère de distribution d'un ou de plusieurs nerfs (Thibierge, Hallopeau et Gasne), etc., etc...

Pour le dire en terminant, ces dermatoses linéaires psoriasiques nous semblent aussi être un argument en faveur de l'opinion qui fait du psoriasis une maladie de cause générale (1). Il est impossible de ne pas être frappé des analogies remarquables qu'elles présentent dans leur distribution avec d'autres affections susceptibles d'affecter une disposition linéaire telles que les nævi, le zona, ou le lichen plan, qui sont également des maladies de cause générale. Ces affections, dans lesquelles le système nerveux joue un rôle pathogénique important, constituent à ce point de vue un groupe particulier de dermatoses.

Pour expliquer la production de ces bandes linéaires dans le psoriasis, nous croyons donc qu'il faut invoquer le rôle directeur joué par le système nerveux, et, dans notre cas spécial, joué par la moelle principalement. Comme nous l'avons dit pour le nævus, la théorie métamérienne qui explique très bien quelques-unes des localisations observées chez notre malade, notamment les locali-

(1) En employant l'expression *cause générale*, nous n'entendons pas exclure la théorie parasitaire du psoriasis ; nous pensons seulement que le parasite, s'il existe, se généralise par la circulation sanguine. Dans l'hypothèse d'un agent pathogène exclusivement cutané, nous croyons que des éruptions linéaires ou zoniformes telles que celles que nous avons observées ne pourraient s'expliquer que par une affection nouvelle surajoutée au psoriasis. Il nous semble plus naturel et plus simple d'admettre une modification dans les éléments de la dermatose primitive sous l'influence des troubles de l'innervation.

sations zoniformes du thorax, n'exclut pas le rôle que peut jouer la prédisposition créée par le développement embryonnaire de la peau aux limites des territoires nerveux cutanés. M. Hallopeau admet même que les lignes de Voigt sont particulièrement prédisposées à subir les influences trophoneurotiques. Cette localisation spéciale du psoriasis est particulièrement nette chez notre malade au membre inférieur et sur la ligne blanche.

En résumé, la théorie métamérienne et la théorie embryonnaire ne nous paraissent pas inconciliables dans les deux cas que nous avons observés. Les processus de cause générale, comme ceux du nævus ou du psoriasis sont volontiers orientés dans la direction des régions de la peau affaiblies dans leur résistance, soit par des troubles datant de la période embryonnaire, soit par des troubles de l'innervation à point de départ périphérique ou central.

A l'exemple de plusieurs des auteurs qui ont traité ce sujet (voir Balzer et Alquier, *loc. cit.*), nous aboutissons à un éclectisme auquel conduisent les imperfections qui se remarquent dans les théories actuellement en faveur et leur insuffisance à expliquer tous les faits.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1901.

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Nouveau traitement de l'acné, par M. Barthélemy. — Sur un cas de tuberculides papulo-pustuleuses isolées et agminées, avec infiltration en nappe, par M. Hallopeau. — Sur une forme bulleuse, suppurative et cicatricielle de maladie de Neumann (variété morbide nouvelle), considérée antérieurement comme un cas d'iodisme, par MM. Hallopeau et Fouquet (Discussion : M. Leredde). — Résultats comparatifs du traitement des lupus par la photothérapie et par le permanganate de potasse, par MM. Hallopeau et Fouquet. — Tuberculides des membres, par M. Du Castel. — Affection mutilante du nez, par M. Du Castel. (Discussion : MM. Jeanselme, Gastou, Leredde, Brocq, Darier, Du Castel, Fournier.) — Aplasie moniliforme améliorée par le massage du cuir chevelu, par M. Jeanselme. (Discussion : MM. Sabouraud, Fournier.) — Sur le pian-bois, par M. Jeanselme. — Erythrodermies et folliculites tuberculeuses disséminées (lupus érythémateux aigu), par MM. E. Gaucher et Paris. (Discussion : MM. Hallopeau, Besnier, Darier.) — Sarcomatose mélanique cutanée généralisée, par MM. E. Gaucher et Sergent, (Discussion : MM. Hallopeau, Darier, Gaucher, Besnier, Leredde, Brocq, Barthélemy.) — Dermatose indéterminée, probablement sarcomatose ou mycosis, par MM. Danlos et P. Bloch. (Discussion : MM. Gastou, Darier.) — Tuberculose cutanée, chez un homme de 76 ans, par MM. Danlos et P. Bloch. (Discussion : M. Gastou.) — Sur le traitement du lupus érythémateux par des applications de radium, par MM. Danlos et P. Bloch. — Seconde note sur un cas de sclérodermie non spontanée consécutive à l'action des rayons X et apparue six mois après la dernière application röntgenienne, par M. Barthélemy. — Sycosis non parasitaire traité par la méthode des scarifications, par M. Dumont. — Emplo du cacodylate de soude dans la lèpre, par M. L. Raynaud. — Où se prennenti les maladies vénériennes, par M. Audry.

Ouvrages offerts à la Société.

E. Besnier, Brocq et Jacquet. — *La pratique dermatologique*, t. II, Paris, 1901.

Pini. — *Die Sarcome und Sarcoide der Haut.*

Jarisch. — *Die Hautkrankeiten*, I-II. Vienne, 1900.

C. Adrian. — *Ueber Neurofibromatose und ihre Komplikationen*, Tübingen, 1901.

L. Raynaud. — Les maladies cutanées et syphilitiques au Maroc. Extr. : *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1901.

Colombini. — Sopra un caso di lichen scrophulosorum. Extrait : *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901.

Sabouraud. — *Séborrhée, Acnés, Calvitie.* Paris, 1902.

Cedercrentz. — *Recherches sur un coccus polymorphe, hôte habituel et parasite de la peau humaine.* Paris, 1901.

M. Pignot. — *Étude clinique des teignes; hygiène publique et prophylaxie des teignes tondantes en 1900 à Paris et dans sa banlieue.* Paris, 1900.

A. Galletti. — *La question des séborrhées.* Paris, 1901.

M. Fumouze fait don à la Société de trois épreuves photographiques dues à M. Méheux et extraites de son travail sur la dermatite chlorique électrolytique.

Nouveau traitement de l'acné.

Par M. Barthélemy.

Dans son intéressante communication de la séance de juillet, M. Brocq a signalé la guérison de diverses dermatoses associées à la syphilis (*eczéma séborrhéique*, etc.), traitée par les injections de cacodylates iodo-hydrargyriques. C'est ce point que je désire mettre ici en lumière à cause de plusieurs guérisons du même genre que j'ai obtenues dans des conditions analogues, pour l'acné en particulier.

Dès 1889, au Congrès de Paris, j'ai émis, avec diverses preuves à l'appui, la proposition que l'acné est une maladie parasitaire auto-inoculable et transmissible, à condition de rencontrer le terrain favorable qui est constitué par la séborrhée, préalablement indispensable. Cet état séborrhéique n'existe pas chez les enfants, c'est pour cela que l'acné ne se constate pas chez eux ; il s'éveille vers dix ans et atteint son maximum à la puberté, ce qui a fait dire aux anciens médecins, et notamment à Hardy, que l'acné est une « maladie d'évolution ».

La séborrhée et l'acné sont favorisées aussi par la déchéance de l'organisme ainsi que par la dénutrition et les diverses fermentations qui résultent de la dilatation d'estomac, phénomènes que Bouchard nous a appris à connaître ; pour ma part, j'estime encore aujourd'hui que le régime alimentaire et les préparations chlorhydropeptiques sont de précieux moyens pour modifier le terrain et le rendre moins propice au développement de l'acné; de telle manière que les formes légères et les formes moyennes de l'acné sont plus facilement guéries par l'association de l'antisepsie interne et de l'antisepsie externe que par les seuls moyens externes.

Mais des cas très intenses et généralisés se montraient rebelles, en ce sens que la disparition de l'acné n'était que momentanée et que l'état *surgras* de la peau persistait. Or il s'est trouvé, parmi les malades que je traitais pour la syphilis, des formes intensives, généralisées, d'acné et de séborrhée, préexistantes à la syphilis.

Le traitement que je préconise contre la syphilis est celui des injections de préparations mercurielles insolubles et notamment de celle dite « huile grise ». Et, soit dit en passant, j'arrive maintenant à plus de quinze mille injections, faites, soit par moi, soit autour de moi, sans avoir eu d'accident.

Quoi qu'il en soit, c'est le traitement par l'huile grise que j'ai dirigé

contre la syphilis de mes acnéiques. L'un d'eux, dont la maladie date maintenant de huit ans, avait une acné très ancienne et si généralisée que même les fesses et les cuisses en étaient couvertes. Au bout de la première année, pendant laquelle deux séries de six piqûres et une de quatre furent pratiquées, l'acné avait disparu. Elle revint, puis disparut de nouveau au cours de la seconde année, où eurent lieu trois séries de quatre piqûres d'huile grise chacune. L'acné n'a plus reparu depuis cette époque, à la grande surprise du malade et de moi.

Quatre autres cas de guérison définitive d'acné intensive avec séborrhée gluante furent observés par moi à la suite de ce même traitement par les injections intra-fessières d'huile grise, et j'en vins à considérer le traitement comme le plus efficace connu. Je ne l'ai toutefois jamais appliqué que chez des syphilitiques ; il ne s'agit pas de syphilide acnéiforme.

Comme je suis un des médecins qui pratiquent le plus d'injections d'huile grise, je ne me pressais pas de faire connaître les résultats extrasyphilitiques du traitement mercuriel ainsi appliqué, estimant toujours n'y être devancé par personne, avant d'en avoir réuni un très grand nombre de cas bien étudiés et concluants.

J'ai observé aussi un cas de pityriasis rosé (de Gibert) qui a disparu à la suite de deux piqûres d'huile grise faites à huit jours d'intervalle, et qui a disparu avec une rapidité vraiment extraordinaire. C'était aussi, bien entendu, chez un sujet syphilitique.

Je voulais traiter de la même façon divers autres cas avant de rien publier ; mais comme je cherchais un cas de pityriasis rosé chez un syphilitique, je n'en trouvais pas en ville aussi facilement qu'on eût pu le croire. Pour cela donc aussi j'aurais attendu si, dans sa communication du mois d'août sur les injections de sels de cacodylates iodo-hydrargyriques, notre collègue, M. Brocq, n'avait pas parlé de la guérison, par le mercure pris sous la peau, de plusieurs cas d'eczéma séborrhéique. M. Fournier a amélioré par le calomel des lupus et des épithéliomas.

Ces faits démontrent que le mercure est un médicament précieux, pour guérir, par le mode des injections sous-cutanées ou intramusculaires, de préparations solubles ou insolubles, un certain nombre de dermatoses d'origine non syphilitique, mais parasitaire.

La constatation que je fais de la guérison de l'acné et de la séborrhée par le mercure est de nature à jeter un certain jour sur la nature parasitaire de la séborrhée et de l'acné ; et c'est dans le but de tâcher d'apporter quelque lumière dans la connaissance de la pathogénie de cette affection cutanée que j'ai cru utile de faire la présente communication, qui appelle d'ailleurs un complément d'observations.

Sur un cas de tuberculides papulo-pustuleuses isolées et agminées avec infiltratfon en nappe.

Par M. Hallopeau.

A mesure que l'on étudie plus à fond les manifestations cutanées de la tuberculose, on met de plus en plus en relief leur polymorphisme ; voici encore un type qui ne se rattache qu'incomplètement à ceux qui ont été décrits ; nous résumerons son histoire ainsi qu'il suit :

J..., 54 ans, se présente le 30 octobre 1901 à notre consultation.

Le 14 janvier 1900 il a été atteint de la grippe, et, depuis lors, il tousse. Après la maladie initiale, il a eu une éruption généralisée, qui a été qualifiée d'*érythème noueux* par le médecin traitant; elle a duré 15 jours.

Un mois plus tard a commencé l'éruption actuelle, constituée par des boutons indurés qui suppurent à leur sommet, se multipliant pour former des plaques agminées, et laissent à leur suite des macules persistantes. Ces poussées reviennent de temps en temps, surtout à la saison chaude.

État actuel.— J... est d'une constitution moyenne.

L'éruption est disséminée sur les quatre membres; on voit aussi quelques boutons sur l'abdomen et sur les fesses. Les éléments sont, les uns isolés, les autres groupés en plaques. Les boutons isolés se présentent sous la forme de nodules indurés, rouges, suppurés à leur sommet et recouverts de croûtelles jaunâtres. Les placards atteignent jusqu'à 8 centimètres environ de diamètre; ils sont, en partie en voie d'évolution, en partie constitués par des macules érythémateuses disparaissant sous la pression du doigt. Au-dessus du creux poplité droit, une de ces macules, à contours serpigineux, mesure 9 centimètres horizontalement sur 7 verticalement, elle offre, dans sa partie centrale un aspect cicatriciel.

Des macules semblables, en nombre considérable, se trouvent sur les jambes ; on en voit une à la partie inféro-externe de la cuisse gauche. Plusieurs d'entre elles atteignent 5 centimètres de diamètre; leur périphérie est gaufrée, d'aspect serpigineux. Au-dessus de la malléole interne gauche, on remarque un petit placard, décoloré dans ses 3/4 inférieurs, d'un rouge-brun, avec desquamation et induration dans sa partie supérieure, qui est limité par un rebord incurvé en demi-cercle. Cette altération est encore en activité.

Pas de syphilis.

La mère est morte de tuberculose.

Les vibrations thoraciques sont exagérées au sommet droit, le murmure vésiculaire est affaibli au sommet gauche et la tonalité est plus élevée dans cette même région.

Une biopsie n'a pu être pratiquée.

Cette éruption rentre dans la catégorie de celles que nous appelons *papulo-nécrotiques*, bien que le processus de destruction y semble peu actif ; les lésions élémentaires sont de petits nodules qui suppurent à leur sommet ; on n'y note pas les dépressions cupu-

liformes caractéristiques; ils laissent à leur suite de petites cicatrices; comme on l'observe habituellement, les lésions sont irrégulièrement disséminées sur les quatre membres.

L'agglomération des éléments en placards est remarquable chez ce malade : il en est qui mesurent jusqu'à huit centimètres de diamètre ; on y voit, outre les macules consécutives aux nodules suppurés, des taches érythémateuses : ces taches peuvent reposer sur une base indurée, de telle sorte qu'à côté des boutons isolés il se produit des infiltrations en nappes non suppuratives; il faut ajouter que les cicatrices ne sont pas à bords taillés à pic semblant faits à l'emporte-pièce, comme on l'observe ordinairement dans les tuberculides papulo-nécrotiques; elles sont au contraire légèrement déprimées, gaufrées, lenticulaires. Il faut noter aussi l'aspect serpigineux de ces plaques agminées et la desquamation consécutive à l'aire érythémateuse qui les encadre. Comme il est de règle, cette éruption se renouvelle par poussées, souvent estivales.

Elle offre de frappantes analogies avec celle que nous avons décrite, en 1897, avec M. Laffite, sous le nom de *forme papulo-érythémateuse en placards* de tuberculides, dans les deux cas, il s'est produit simultanément, chez des sujets entachés de tuberculose pulmonaire, des nodules isolés suppuratifs, semblables aux folliclis de Barthélemy et des plaques agminées à la fois papuleuses et érythémateuses à progression excentrique ; dans les deux cas, il a été impossible d'émettre une autre hypothèse que celle de tuberculides; il ne s'agit pas de lupus érythémateux. La seule différence qui existe entre les deux formes nouvelles est la nature des saillies qui constituent les plaques agminées ; elles étaient purement papulo-tuberculeuses chez notre première malade; elles sont en partie suppuratives chez celui-ci; il s'agit en toute évidence d'un même type morbide, d'une *tuberculide agminée.*

Sur une forme bulleuse, suppurative et cicatricielle de maladie de Neumann (variété morbide nouvelle) considérée antérieurement comme un cas d'iodisme.

Par M. H. Hallopeau.

L'hypothèse dont nous avions indiqué la possibilité dans la dernière séance relativement à ce malade s'est réalisée : il a continué à être atteint d'éruptions bulleuses et suppuratives sans avoir de nouveau pris d'iodure de potassium. Les conclusions que nous avions formulées dans notre présentation antérieure doivent donc à cet égard être abandonnées : *il ne s'agit pas d'un pemphigus iodique, mais bien d'une variété* de maladie de Neumann. Ce qu'il faut retenir, c'est que l'iodure peut donner lieu à des poussées de cette dermatose.

Le malade est rentré dans notre service le 7 octobre : la suite de son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Victor Ch..., âgé de 63 ans, entré le 7 octobre 1901, salle Bazin, lit n° 41.

9 octobre 1901. — Les altérations cutanées sont encore en activité aux coudes, au poignet droit, à la ceinture, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche.

Au coude droit, la partie malade se présente sous la forme d'une surface végétante papillomateuse creusée d'un certain nombre de dépressions du volume d'une tête d'épingle, d'où la pression fait sortir un liquide purulent. Ces saillies végétantes n'atteignent que de 1 à 2 millimètres de hauteur.

Elles sont disposées sous forme d'une ellipse dont le centre est au coude et dont l'aire envahit la partie inférieure du bras et le haut de l'avant-bras.

L'étendue de ces surfaces végétantes mesure 4 centimètres de diamètre. Elles ont donc rétrocédé depuis la première présentation. Au centre, la cicatrice est encore colorée ; à la partie interne du coude, elle est blanche ; dans les autres parties, elle est formée par des tractus anastomosés, interceptant des mailles où la peau est normale. Ces brides, dures au toucher, occupent une surface presque aussi étendue que celle des plaques végétantes, et envahissent ainsi la partie externe de la région.

La plaque du poignet droit, toujours végétante, mesure aujourd'hui transversalement 8 centimètres sur 5 centimètres verticalement ; elle a donc presque doublé d'extension. Elle est criblée d'orifices punctiformes. On y voit des traînées blanchâtres répondant à des exsudats purulents. Elle est entourée d'une zone périphérique non végétante.

Sur le dos de la première phalange de l'index se dessine une même cicatrice en réseau formée par l'anastomose de tractus saillants.

Au membre supérieur gauche, les altérationt du coude ont persisté sans modifications appréciables. On voit, au niveau de l'olécrâne, des excroissances qui semblent en voie de régression. Surle bord interne de l'avant-bras, il s'est développé une plaque végétante analogue, du volume d'une pièce de 20 sous.

La bulle qui s'est formée en juillet sur le dos de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce a laissé un groupe de saillies végétantes, variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un petit pois ; elles forment un ensemble de 2 centimètres verticalement sur 15 millimètres transversalement ; quelques-unes présentant une dépression centrale. Tout le placard est induré. La plaque végétante de l'épigastre a considérablement progressé : elle mesure 14 centimètres transversalement sur 4 centimètres dans son sens vertical. Elle dépasse la ligne médiane, à gauche, de 1 centimètre 5. Ce sont d'ailleurs les mêmes saillies végétantes, multiples, miliaires, agglomérées, quelques-unes en réseau, dont les mailles interceptent des lacunes variant des dimensions de la pointe d'une aiguille à celles d'un grain de millet ; elles atteignent en relief d'un à deux millimètres, laissant entre elles des dépressions ulcérées à fond rougeâtre, punctiformes. Il y a des soulèvements épidermiques en nappes, par un liquide purulent.

Cette surface végétante se retrouve à la pointe du sternum. Elle se

continue avec une cicatrice chéloïdienne. Dans le reste de son étendue, la plaque est plus saillante dans son aire qu'à sa périphérie; celle-ci est même affaissée. Sa coloration rouge devient bistrée sous la pression du doigt.

Le dos reste indemne.

Au niveau de la fesse gauche, on remarque plusieurs macules de 50 centimètres de diamètre et une plaque rouge, indurée, squameuse, de mêmes dimensions.

Au-dessous du grand trochanter droit, se trouve une surface végétante, érythémateuse, semblable aux précédentes. Sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, le placard végétant, signalé antérieurement, continue à suppurer.

Une nouvelle bulle vient de se développer à la partie antérieure de la jambe droite; elle est en partie desséchée sous forme d'une croûte noirâtre, une bulle plus petite se forme à sa partie externe.

Une surface végétante avec îlots suppurés s'est formée à la partie externe du genou droit. Il n'y a plus actuellement d'altérations buccales.

Des injections de 10 centimètres cubes de cacodylate de soude sont prescrites une semaine sur deux.

Le 15 octobre, la bulle signalée le 9 octobre à la jambe droite a abouti à la formation d'une ulcération sous forme de fragment de cercle à concavité inférieure; elle mesure 4 centimètres transversalement sur 15 millimètres verticalement.

On y voit un exsudat purulent.

Elle est entourée par une zone saillante qui forme à sa périphérie un bourrelet de 5 à 12 millimètres de diamètre avec relief de 2 à 3 millimètres.

Sur ce bourrelet, l'épiderme est le siège d'un soulèvement bulleux; il s'est en partie détaché, laissant à nu une surface d'un rouge violacé, criblée de dépressions punctiformes d'où s'écoule un liquide purulent.

Si on la comprime, l'ensemble des gouttelettes de pus qui viennent sourdre rappelle ce que l'on observe dans un anthrax.

Le malade est atteint d'un emphysème pulmonaire prononcé. Il n'a rien au cœur.

23 octobre 1901. — A la partie interne de l'avant-bras droit, il est survenu une éruption de vésicules entourées d'une base rouge légèrement indurée. Il y a aussi de petites bulles remplies d'un liquide puriforme.

L'ulcération de la jambe droite mesure aujourd'hui 8 centimètres transversalement sur 9,5 verticalement; elle s'étend excentriquement; elle est toujours entourée d'un soulèvement bulleux, avec pustulettes miliaires, qui en constitue la zone de propagation.

Des éléments semblables se développent à l'extrémité gauche de la plaque antérieure du thorax; des bulles se soulèvent à l'avant-bras gauche au niveau de la cicatrice.

26 octobre 1901. — Le placard de la jambe droite continue à s'accroître. Il est réniforme.

La partie centrale des altérations se cicatrise et devient végétante. Le pourtour s'étend par un soulèvement bulleux avec foyers de suppuration miliaires. Ce rebord est saillant et induré. Les foyers de suppuration mi-

liaires y sont pour la plupart représentés, après évacuation du pus, par des pertuis arrondis, isolés ou confluents, cratériformes, variant de 1 à 5 millimètres de diamètre. On voit aussi des infiltrations purulentes en petites nappes, à cicatrices irrégulières.

A la partie postéro-supérieure de l'avant-bras gauche, il s'est formé un foyer caractérisé de même par des îlots suppuratifs et des soulèvements bulleux ; il mesure 15 millimètres de diamètre.

On note des pustulettes au pourtour des placards de l'avant-bras droit et de l'épigastre.

30 octobre 1901. — L'ulcération de la jambe droite continue à se cicatriser au centre et à s'étendre excentriquement sous la forme d'un soulèvement bulleux avec suppurations associées.

Son diamètre vertical atteint 11 centimètres, son diamètre transversal 8,5 centimètres.

La cicatrice centrale mesure 4,8 centimètres verticalement sur 4,5 transversalement.

Le même aspect cratériforme des pertuis purulents continue à se prononcer immédiatement à la partie interne du soulèvement bulleux. Au contraire, les parties qui touchent à la cicatrice prennent l'aspect de bourgeons charnus.

La pression fait toujours sortir du pus de ces orifices cratériformes.

Les autres altérations sont en voie d'amélioration. Il n'y a plus actuellement d'éléments suppurés sur la plaque épigastrique. On fait sortir encore une goutte de pus du bouton de l'avant-bras gauche. Il y a également des éléments suppuratifs au coude en même temps que des saillies acuminées.

La muqueuse de la joue droite est parsemée de saillies jaunâtres. La piqûre de ces grains n'en fait pas sortir du pus. Ils viennent et disparaissent par poussées.

2 novembre 1901. — Sous l'influence d'un traitement par l'iodoforme commencé depuis trois jours, une amélioration notable s'est produite dans l'état de la jambe droite.

Le grand diamètre de l'ulcération est actuellement de 11 centimètres 5 ; son diamètre transversal est de 8 centimètres 5.

Le soulèvement bulleux a cessé sur presque tout le pourtour de l'altération. Il n'existe plus que dans sa moitié interne et y est très peu prononcé. Le pourtour est néanmoins toujours saillant dans la plus grande partie de son étendue, et, à la partie interne de ce bourrelet, on voit un grand nombre de foyers purulents du volume de grains de millet, laissant, après expression, des dépressions cratériformes.

L'ulcération en est littéralement criblée. Par places, ces dépressions sont confluentes et donnent à ce pourtour un aspect déchiqueté.

Les lésions périphériques représentent seules le processus en activité. Elles se développent sur un rayon variant de 5 à 10 millimètres de diamètre. Les parties de l'ulcération intermédiaire au bourrelet périphérique et à la cicatrice centrale offrent l'aspect de bourgeons charnus avec saillies végétantes.

La cicatrice centrale s'est étendue : elle mesure actuellement 6 centimètres transversalement sur 5 centimètres 5 verticalement.

Sa coloration est rougeâtre, avec reflets opalins; par places elle est déprimée et par places végétante.

Au niveau de la plaque épigastrique, il continue à se produire des éléments purulents, les uns sous forme de pustulettes, les autres disposés en nappes étendues, analogues par leur aspect à celles de l'infection purulente tégumentaire.

Les cicatrices sont remarquables par les trous punctiformes dont elles sont criblées.

L'examen bactériologique du pus qui existe sous les bords de la plaie y montre l'existence de staphylocoques abondants. En outre, le liquide purulent est très riche en éosinophiles, il y a également augmentation du nombre des éosinophiles du sang.

5 novembre 1901. — Le grand diamètre vertical du placard de la jambe atteint 12 centimètres; son grand diamètre transversal égale 9 centimètres. La cicatrice a fait des progrès surprenants depuis deux jours; elle s'est avancée d'environ 3 centimètres dans sa partie supérieure, de telle sorte qu'elle mesure maintenant 8 centimètres et demi dans son plus grand diamètre.

Toute sa partie centrale a une coloration jaunâtre. On y voit encore un certain nombre de foyers purulents, en nappe ou légèrement saillants; il n'y a plus d'ulcération qu'à la partie supérieure du placard, sur une surface irrégulièrement triangulaire, mesurant 3 centimètres et demi à sa base, à sa partie inférieure sur une surface d'environ 1 centimètre de diamètre, et à sa partie interne sur un rayon également de 1 centimètre.

Le pourtour du placard est toujours soulevé en forme de lamelles épidermiques, surtout au niveau de sa partie supérieure où il présente une coloration fortement pigmentée. Il y a encore à ce niveau quelques foyers suppuratifs gros comme des grains de chènevis. L'épiderme continue à se détacher sur le bord externe de la lésion, mais la partie sous-jacente est sèche et recouverte à nouveau d'une mince couche cornée.

On vient de voir que nous avons pu suivre régulièrement l'évolution de la plaque éruptive qui s'est développée sur la jambe droite; les résultats de nos observations à cet égard peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

L'éruption est constituée, en premier lieu, par un soulèvement bulleux; ce soulèvement s'étend excentriquement sous forme d'un bourrelet saillant; le tissu mis à nu devient le siège d'innombrables foyers de suppuration, les uns en petites nappes planes comparables à celles de l'impétigo herpétiforme, les autres, beaucoup plus nombreux, sous forme de gouttelettes qui viennent sourdre comme d'un crible et laissent, après évacuation du pus, qui est crémeux et jaunâtre, une dépression cratériforme; la progression excentrique de la bulle se fait rapidement; elle peut atteindre en quelques jours plusieurs centimètres; la partie primitivement atteinte se cicatrise et devient végétante; entre cette cicatrice et le rebord bulleux et suppuratif en activité, se trouve une zone de bourgeons charnus; il

y a donc trois zones : une périphérique caractérisée par le soulèvement bulleux et les foyers de suppuration ; une intermédiaire offrant l'aspect d'une membrane de bourgeons charnus ; une centrale, cicatricielle et végétante.

L'évolution ultérieure de la maladie montre que les saillies végétantes, après une période d'augment, rétrocèdent plus ou moins rapidement ; par contre, les cicatrices sont indélébiles et remarquables par leur disposition en tractus dont l'anastomose intercepte des intervalles de peau saine ; elles sont criblées de minuscules pertuis.

La maladie procède par poussées locales successives ; des éléments nouveaux se forment, soit autour d'anciens foyers, soit dans des parties restées saines jusque-là, s'étendant en même temps que les autres rétrocèdent.

Les petits foyers suppurés sont remarquables par leur grande abondance, par les dépressions punctiformes qui persistent après l'évacuation du pus et par l'aspect criblé qui en résulte.

On sait que la forme bulleuse de cette maladie a été décrite pour la première fois par Neumann, sous la dénomination de *pemphigus végétant*, et sa forme suppurative par nous-même sous celui de *dermatite suppurative chronique en foyers à progression excentrique ;* depuis lors, MM. Hudelo et Wickham, et plus tard nous-même, avons observé consécutivement, chez un même sujet, les deux ordres d'altérations : nous avons donc été conduits à admettre qu'il y a deux modalités éruptives d'une seule et même maladie.

Ce malade vient en fournir un nouveau témoignage, avec cette particularité que les éruptions pemphigoïdes et suppuratives, au lieu de se produire isolément, se coordonnent ici dans les mêmes foyers, comme on l'a signalé déjà plusieurs fois : c'est chose singulière de voir se produire concurremment ces deux exsudations, l'une séro-fibrineuse soulevant l'épiderme en un bourrelet régulier, l'autre suppurative, en petits foyers multiples, au niveau de ce même soulèvement.

Une autre particularité remarquable de ces altérations est leur puissance d'extension ; on les voit envahir, et parfois assez rapidement, de larges surfaces ; elle n'a d'égale que la facilité avec laquelle elles rétrocèdent. Dans ces placards à progression excentrique, on voit la cicatrice se produire dans ce centre en même temps que les lésions continuent à s'étendre excentriquement : chaque placard est entouré, par voie active, de proliférations locales, contrairement à ce que l'on observe dans le pemphigus vulgaire.

Les *végétations* elles-mêmes n'ont qu'un temps : on les voit au bout de quelques semaines ou de quelques mois s'affaisser, mais, *contrairement à ce qui a toujours été la règle dans les cas publiés*

jusqu'ici, loin de disparaître sans laisser de traces, elles donnent lieu chez notre malade à la formation de cicatrices indélébiles; c'est même le fait qui nous a fait reculer au début devant le diagnostic de *maladie de Neumann.*

Ces cicatrices offrent des caractères particuliers : elles sont peu déprimées et constituées surtout par des tractus indurés et anastomosés de manière à intercepter des plaques de peau saine.

L'ensemble des phénomènes que nous venons d'énumérer peut être résumé ainsi qu'il suit : *chaque manifestation locale débute par un soulèvement bulleux; ce soulèvement progresse excentriquement en un bourrelet plus ou moins saillant ; il se forme, sous le feuillet épidermique ainsi soulevé, des foyers purulents, les uns en nappes non saillantes, les autres, plus nombreux, en grains; la pression en fait sourdre le pus et il reste des pertuis, à bords taillés à pic, dont l'ensemble donne au tégument l'aspect d'un crible; ces foyers purulents existent surtout au niveau du bourrelet bulleux périphérique; à mesure que ce bourrelet s'étend excentriquement, l'aire qu'il circonscrit se cicatrise, à commencer par sa partie centrale et bientôt cette cicatrice devient végétante; entre elle et les foyers suppuratifs du bourrelet il s'est formé une membrane de bourgeons charnus : les végétations sont, les unes filiformes, les autres en lambeaux adhérant seulement par un de leurs côtés; on voit aussi des brides sous forme de petits cordons qui, en s'anastomosant sous diverses directions, constituent un feutrage inextricable; ultérieurement, après quelques semaines ou quelques mois, ces végétations s'affaissent et l'altération n'est plus représentée que par un tissu de cicatrice remarquable par la disposition de ses tractus, peu ou point saillants, anastomosés de manière à intercepter des mailles au niveau desquelles la peau paraît saine.* Ces altérations sont asymétriquement distribuées sur les membres et le tronc. Les placards ainsi constitués et les cicatrices consécutives s'étendent sur des surfaces qui mesurent jusqu'à 14 centimètres de diamètre; on voit le plus souvent dans ces placards, du moment où ils présentent une certaine étendue, des parties en évolution bulleuse et suppurative, des parties en voie de cicatrisation plane, des végétations et des cicatrices.

La *muqueuse buccale* est également parfois le siège, soit de soulèvements bulleux, soit d'exsudations denses dont le contenu ne peut être évacué.

Cette maladie est longtemps compatible avec l'existence : il y a plus de vingt ans que G. en est atteint et qu'il présente ses localisations les plus dangereuses, nous voulons parler de celles de la bouche : en effet, dans les cas relativement nombreux qu'il nous a été donné d'observer, la mort, sauf une complication érysipéla-

teuse, n'est survenue qu'à la suite de manifestations réitérées du côté de la muqueuse buccale qui est devenue ainsi un centre d'infections secondaires.

Cette dermatose se distingue nettement des autres pemphigus par les lésions suppuratives et destructives qui l'accompagnent, par sa prolifération excentrique et par les cicatrices qui dans ce cas font partie intégrante du processus. Il est vrai que M. Besnier a cité des cas de pemphigus vulgaire avec formation de cicatrices ; ils doivent être bien rares, car il ne nous a jamais été donné d'en observer et les autres auteurs n'en font pas mention ; il est probable, et c'est l'opinion de M. Besnier, qu'elles sont dues à des inflammations secondaires ; rien de semblable chez notre malade.

Il faut mentionner encore, comme signe différentiel, l'action remarquable qu'exercent sur le processus local les antiseptiques appropriés : ainsi, c'est seulement du jour où le grand placard de la jambe a été traité par l'iodoforme qu'il a rétrocédé, et il l'a fait en peu de jours.

Cette dermatose présente un caractère bien étrange dans l'association de ses deux exsudats, l'un bulleux, l'autre purulent; et il ne s'agit pas là d'une transformation puriforme du liquide bulleux : *il y a là, en toute évidence, deux processus morbides différents : d'une part, des soulèvements franchement bulleux avec un exsudat séro-fibrineux translucide; d'autre part, des suppurations en foyers circonscrits, avec exsudat de pus jaunâtre et concret* (l'épithète de pus louable lui serait applicable); *on trouve là, associées et combinées, les deux formes d'abord observées isolement d'un côté par Neumann, de l'autre par nous* et qui avaient fait croire primitivement à des types morbides distincts : dans les cas mixtes qui ont été publiés par MM. Hudelo et Wickham ainsi que par nous, les deux ordres de lésions se sont manifestées consécutivement ou concurremment, mais en des foyers distincts ; *chez ce malade ils sont intimement associés. Ce fait est le premier dans lequel le processus aboutisse régulièrement à la formation d'une cicatrice ; il s'agit donc d'une variété non encore décrite du type morbide que nous dénommons* maladie de Neumann, *du nom de l'auteur qui en a le premier décrit la forme bulleuse.* Le nom de *condylomatose pemphigoïde maligne*, qui a été adopté par Tommasoli, nous paraît défectueux, car les végétations n'y interviennent que comme des altérations secondaires et passagères et la maladie ne mérite pas l'épithète de *maligne*, puisque ses manifestations les plus graves peuvent disparaître sans laisser de traces, qu'elle peut se prolonger, comme nous venons de le voir chez ce malade, pendant vingt ans et qu'elle peut même, d'après les observations que nous

avons publiées antérieurement (notamment celle de notre garde champêtre), guérir entièrement.

M. Leredde. — Le cas de M. Hallopeau est extrêmement important au point de vue de la pathogénie du pemphigus végétant, et permet encore de le rapprocher de la dermatite herpétiforme. On sait que celle-ci peut être due à une ingestion médicamenteuse. Le cas de pemphigus présenté par M. Hallopeau est à la fois un cas de pemphigus iodique et de pemphigus végétant et comporte deux étiquettes, l'une étiologique, l'autre anatomique.

Résultats comparatifs du traitement des lupus par la photothérapie et par le permanganate de potasse.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Au mois de mars dernier, nous avons déjà présenté à la Société une des malades qui font l'objet de cette communication :

Charlotte B..., entrée le 6 novembre 1889, salle Lugol, lit n° 27.

Elle a subi dans le laboratoire de M. Sabouraud 81 séances de photothérapie Finsen et 120 de traitement Lortet-Genoud dans le laboratoire de M. Gastou.

Jusqu'à présent, le traitement n'a pu porter, en raison de l'étendue des lésions, que sur la joue droite et le nez. Par comparaison, entre les deux moitiés du visage, on peut constater l'action photothérapique. Les tubercules du côté droit sont presque tous affaissés. On y voit quelques petits îlots de tissu cicatriciel. Toutes les autres parties y sont encore rouges et infiltrées.

Au niveau du front dont le côté gauche a été également traité, il y a une cicatrice qui s'est produite dès le début de cette cure. Dans ces derniers temps, il s'y est développé de nouveaux nodules.

Le lupus ne s'est pas étendu depuis un an, si ce n'est sur une zone peu considérable au niveau du cou du côté gauche.

La lenteur avec laquelle on a obtenu chez cette malade une amélioration partielle est réellement désespérante : voici quatorze mois qu'elle est soumise au traitement par la lumière et l'on n'a pu encore s'adresser qu'à une moitié des parties atteintes ; bien plus, nous avons vu que de nouveaux nodules se régénèrent dans des cicatrices obtenues au début de ce traitement : il semble donc que l'on ne puisse prévoir la fin de cette dermatose ; aussi nous proposons-nous, tout en continuant la photothéraphie pour le côté droit du visage, d'attaquer la plaque du côté gauche par le permanganate de potasse en poudre.

Chez la seconde malade, entrée il y a environ un mois dans notre service, nous avons commencé cette étude parallèle des deux médications et il ne semble pas jusqu'ici que les résultats, néces-

sairement encore bien imparfaits, qui ont été obtenus, soient au désavantage du permanganate ; nous résumerons son histoire ainsi qu'il suit :

Germaine Ch..., âgée de 19 ans, salle Lugol, lit n° 9.

Cette malade est atteinte, depuis dix ans, de lupus du visage et du médius droit ; depuis quatre ans, de lupus du bras droit et de la jambe gauche.

Au visage, les altérations occupent toute la joue et le côté gauche du cou, tout le menton, de même que la joue et le cou du côté droit.

Il s'agit d'un lupus tuberculeux non ulcéré.

Le médius droit est le siège d'ulcérations tuberculeuses, à partir du milieu de la face dorsale de la première phalange.

Les plaques du coude, de l'avant-bras et de la jambe sont végétantes.

La malade est soumise au traitement photothérapique, système Lortet-Genoud, pour le visage, par la solution et la poudre de permanganate pour le doigt et les autres parties des membres.

Actuellement, pour le côté traité du visage, les tubercules forment des saillies moins considérables. Il y persiste une coloration rouge avec infiltration.

La cure photothérapique n'a pu, en raison de la grande éteudue des lésions, être encore pratiquée que sur le côté gauche du visage, les autres parties de la surface restant ainsi sans médication.

Au bras, les plaques se sont affaissées, celle du coude est encore végétante.

Au médius, l'ulcération est presque cicatrisée, sauf sur la face dorsale de la phalangette où elle fait saillie par ses bourgeons charnus.

Il en est de même pour la jambe.

Comme contraste avec ces insuccès tout au moins relatifs de la photothérapie, nous allons faire passer sous les yeux de nos collègues plusieurs malades traités dans le courant de l'année par le permanganate de potasse, en compresses à 1 p. 50 dans les cas de tuberculoses ulcérées, en poudre avec ou sans scarifications préalables dans les cas de lupus nodulaire.

Obs. I. — Madeleine L..., 11 ans, entrée le 6 novembre 1901, salle Lugol, lit n° 42.

Elle est atteinte depuis trois ans d'un lupus qui, après avoir presque entièrement détruit le lobule nasal, occupait la partie interne de la joue gauche et s'étendait en dessous de la commissure du côté droit. Après application du traitement par le permanganate en compresses et en poudre, les nodules se sont affaissés et il s'est formé des cicatrices régulières, minces, légèrement colorées par places.

Il persiste encore quelques nodules lupiques à la partie inférieure gauche de la plaque; des applications de poudre, après scarification, ont été pratiquées samedi dernier : il y a amélioration[; mais il persiste une légère tuméfaction, consécutive à ce traitement.

Obs. II. — Pauline C..., 25 ans, entrée le 6 novembre 1901, salle Lugol, lit n° 1.

Le lupus occupe toutes les parties médianes du visage jusqu'au milieu des joues, les deux cinquièmes du menton; il remonte jusqu'à l'arcade sourcilière.

La malade a été présentée à la Société de dermatologie en mars 1901 avec des ulcérations intéressant la plus grande partie de ces régions.

Elle a été traitée successivement par la solution et la poudre de permanganate. Aujourd'hui, la cicatrisation est complète, lisse, avec quelques petites brides saillantes; il faut un examen très attentif pour y trouver encore quelques nodules lupiques miliaires.

Obs. III. — Edwige C..., 57 ans, entrée le 6 novembre 1901, salle Lugol, lit n° 19.

La malade est atteinte depuis cinq ans d'une récidive d'un lupus du nez, qui a débuté à l'âge de 19 ans, et a détruit une grande partie du lobule du nez.

Il y a également des altérations à la partie inféro-interne du bras gauche, qui ont cédé il y a quelques années aux pointes de feu, de même que celles qu'elle avait à la face palmaire gauche.

La malade est entrée il y a quelques mois avec des ulcérations à la surface du nez.

Elle a été traitée par la poudre de permanganate : les ulcérations se sont cicatrisées.

La tuberculose nasale paraît presque entièrement guérie.

Obs. IV. — Céline N..., entrée le 6 novembre 1901, salle Lugol, lit n° 7, est atteinte d'un lupus tuberculeux qui occupe toute la face jusqu'au niveau de la commissure interpalpébrale, et l'espace intersourcilier. Le lupus a détruit le lobule du nez.

Elle a d'abord été traitée par la pommade pyrogallique au dixième.

Il y a quinze mois on a commencé le traitement par la poudre et la solution de permanganate. Aujourd'hui, la plupart des nodules lupiques ont disparu. On en voit encore quelques-uns, miliaires, profonds, au milieu des cicatrices.

Obs. V. — Françoise C..., âgée de 16 ans, salle Lugol, lit n° 28, est atteinte depuis deux ans d'un lupus de la face qui occupait toute la partie médiane des joues, le nez, et envahissait le côté droit. Il était remarquable surtout par la présence de saillies chéloïdiennes d'environ 8 millimètres de hauteur; il était en grande partie ulcéré. Il a été traité par le permanganate en compresses et surtout en poudre.

Sous cette influence, les ulcérations se sont cicatrisées et les saillies se sont affaissées. On ne voit maintenant que de larges bandes linéaires pour la plupart déprimées. Il y a donc une amélioration considérable. Mais il persiste néanmoins au niveau de ces cicatrices des infiltrations qui, si l'on cesse le traitement, s'ulcèrent de nouveau. C'est ce qui s'est produit ces jours derniers au nez et à la joue droite.

Obs. VI. — Maria C..., âgée de 14 ans, entrée le 6 novembre 1901, salle Lugol, lit n° 38. Cette enfant est atteinte d'une tuberculose ganglionnaire.

Des cicatrices profondes encadrent toute la mâchoire inférieure ; en outre, des altérations lupiques étendues intéressent la joue gauche et l'oreille droite. Au-dessous de l'oreille, une plaque lupique s'est développée au niveau d'une cicatrice ganglionnaire.

Depuis un an, elle est traitée par le permanganate en compresses et en poudre.

Les tubercules lupiques ont presque entièrement rétrocédé ; le placard situé au-dessous de l'oreille reste seul un peu saillant.

Obs. VII. — Jeanne S..., âgée de 7 ans, entrée le 9 février 1901, salle Lugol, lit n° 32, était atteinte d'une tuberculose du dos de la main droite, avec ulcération profonde sur la plus grande partie de la face dorsale de cette région ; ces ulcérations s'accompagnaient de végétations énormes.

Les mouvements de la main étaient complètement abolis. Consécutivement à l'application de permanganate en compresses et en poudre, les ulcérations sont presque complètement cicatrisées.

Les cicatrices sont irrégulières ; il persiste une tuméfaction considérable de la région, dont l'épaisseur est bien le triple de celle de la main gauche. Cette tuméfaction est due à l'infiltration des parties molles et à la tuméfaction du tissu osseux ; l'épaisseur du tissu ne permet pas en pratique fructueusement l'exploration.

Il est de toute évidence que toutes ces malades ont été considérablement améliorées par le traitement au permanganate et que, pour plusieurs d'entre elles, la guérison complète semble près d'être atteinte ; il faudra attendre cependant et voir ce que deviendront ces malades lorsqu'elles auront cessé d'être soumises au traitement : nous avons à cet égard un fait troublant : il s'agit de cette jeune enfant chez laquelle les cautérisations au permanganate ont amené la disparition d'énormes bourrelets chéloïdiens. Pour la présenter à la Société, indemne de son masque noir de permanganate, nous avons fait cesser le traitement il y a peu de jours : or, cette interruption a suffi pour permettre à deux infiltrats de s'ulcérer de nouveau profondément ; il ne semble pas, heureusement, que ce doive être la règle, car, chez la plupart de nos malades, nous ne faisons plus d'applications que sur des nodules isolés et nous n'avons pas vu jusqu'ici se produire concurremment d'ulcérations, bien que, selon toute vraisemblance, nous ne puissions agir ainsi sur tous les infiltrats persistants ; nous rappellerons d'ailleurs que M. Butte a revu une de ses malades quatre ans après le traitement et que la guérison s'était maintenue.

Il ressort de ces faits que nous possédons aujourd'hui, grâce à MM. Butte et Czaranowsky, un moyen puissant d'action sur le lupus et les autres tuberculoses cutanées ; il a l'avantage de pouvoir être appliqué sur de vastes surfaces ; il agit rapidement sur toutes les altérations superficielles ; il paraît dès à présent indiqué, ainsi que

l'un de nous l'a proposé dans un rapport à l'Académie de médecine, de recourir au permanganate comme traitement de début et de n'employer la photothérapie que pour compléter la destruction des nodules profonds résistant au premier traitement.

Tuberculides des membres.

Par M. Du Castel.

Le malade que je vous présente aujourd'hui est sujet depuis de longues années à des éruptions dont l'aspect varie suivant les périodes : je l'ai déjà fait passer sous vos yeux au mois de février 1899 ; il était alors atteint d'une éruption qui se trouve reproduite dans ce moulage recueilli à un moment où notre client était entré dans le service de notre collègue, M. Gaucher. Je vous rappellerai son histoire d'après les notes recueillies par mon interne, M. Mauban.

D. V..., âgé de 33 ans, infirmier, entré le 2 octobre 1901, salle Cazenave, lit nº 10.

Antécédents héréditaires. — Père en bonne santé ; mère morte en couches.

Antécédents collatéraux. — Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Pendant l'enfance, une éruption des membres inférieurs qui a laissé sur les jambes de nombreuses cicatrices arrondies, blanches, superficielles ; il ne semble pas qu'il se soit agi de syphilis. Pendant le service militaire, un abcès à la partie supérieure de la fesse gauche, évolution comme un abcès froid ; ouverture au bout de vingt jours ; fistulisation assez longue après incision ; guérison après deux mois de traitement.

En même temps que cet abcès, apparition sur les jambes de lésions d'abord papuleuses, bientôt ulcérées, qui furent deux mois à se cicatriser.

On en voit actuellement les cicatrices sur les jambes, qui se confondent avec les cicatrices de l'éruption de l'enfance.

Ce malade est entré à plusieurs reprises dans le service de M. Du Castel pour des accidents analogues à ceux qu'il présente aujourd'hui. Au début, il a été soumis au traitement d'essai antisyphilitique, bien qu'il ne soit pas permis de relever chez lui aucun antécédent, aucune lésion nettement syphilitique : ce traitement n'a jamais donné aucun résultat appréciable. Le traitement antisyphilitique a été depuis lors remplacé par le traitement antiscrofuleux.

En 1895 entre à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Gaucher). Éruption sur tout le corps de taches qui font penser à une roséole ; traitement par les pilules de protoiodure et iodure de potassium.

L'éruption disparaît au bout de 15 jours, mais nouvelle apparition sur les jambes et les bras des accidents déjà observés pendant son service militaire.

Le traitement antisyphilitique est continué pendant un mois et demi

sans amélioration; à cette époque il se produit sur les doigts une éruption que M. Gaucher croit pouvoir attribuer à l'influence de l'iodure. En présence de l'inefficacité du traitement antisyphilitique, celui-ci est suspendu. Quelques jours après les accidents cessent et le malade sort de l'hôpital. 15 jours après sa sortie, nouvelle éclosion des mêmes lésions; le malade revient à Saint-Louis et est traité dans le service, salle Cazenave.

Pas de traitement mercuriel, mais huile de foie de morue, viande crue, sirop d'iodure de fer. Le malade sort guéri après 20 jours de traitement.

Huit mois après, nouvelle poussée, même traitement, guérison en un mois; le malade reste à l'hôpital comme infirmier.

Depuis ce moment, bonne santé; le malade n'a jamais eu qu'un chancre simple en 1898, qui n'a pas duré plus d'une huitaine de jours.

Histoire de la crise actuelle. — Début en mai 1901 d'une éruption papuleuse semblable aux premières; le malade est soigné à Necker (régime lacté, benzonaphtol); au bout de 2 mois de traitement, convalescence à Vincennes, 15 jours.

8 jours après avoir repris son service une nouvelle poussée survient: pendant ce temps, état général mauvais, inappétence; insomnie; fièvre; pas de toux; légère constipation. Après un nouvel essai sans résultat du traitement mercuriel, le malade est envoyé à l'hôpital Saint-Louis.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une éruption qui siège:

Aux *membres inférieurs* sur la face dorsale des pieds et la face antérieure des jambes.

Aux *membres supérieurs* sur la face dorsale et la face palmaire des doigts, sur la face dorsale de la main et sur la face postérieure des avant-bras.

La lésion au début est formée par une papule aplatie qui varie de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de un franc.

Au début la papule est arrondie, légèrement saillante, de couleur rouge pâle reposant sur une base souple. Au bout de quelques jours le centre s'affaisse, tandis que la coloration change; la périphérie prend une teinte jaunâtre et devient irrégulière, le centre devient rouge, plus ou moins livide et dans quelques cas prend l'apparence d'une tache de purpura.

Certains éléments, principalement aux mains, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes, de même que sur le bord cubital de la paume de la main forment une élevure saillante presque verruqueuse et acquièrent une consistance presque fibreuse.

Ces éléments ont une couleur livide, sont indolores et desquament modérément.

Certains éléments parmi ceux dont l'évolution a été la plus rapide et qui, dès le début, ont pris au centre une teinte franchement purpurique, après avoir desquamé rapidement, se sont ulcérés.

Un de ces éléments a formé sur la deuxième articulation métacarpo-phalangienne de la main droite une ulcération qui est actuellement de la dimension d'une pièce de 20 centimes (26 octobre).

Cette ulcération est assez régulièrement arrondie, à fond plat, de couleur rouge sombre, sans bords taillés à pic, avec bourrelet périphérique saillant et desquamé de teinte livide.

Au pied droit, un élément semblable n'a pas abouti à l'ulcération, la

desquamation a été plus active, mais la cicatrisation au niveau de la tache purpurique s'est faite au bout de huit jours.

28 octobre. — Depuis huit jours aucun élément nouveau n'est apparu.

Les éléments les plus anciens, après avoir pris les dimensions d'une pièce de cinq francs, ont perdu leur bordure périphérique surélevée, et se voient encore sous forme de taches irrégulières et pigmentées.

D'autres éléments, moins anciens, moins étendus en surface, présentent au centre une partie pigmentée d'un jaune pâle et à la périphérie des éléments isolés papuleux de coloration plus vive; la forme d'ensemble est nettement circinée.

Dans les plis de flexion des doigts des deux mains, on trouve des éléments en voie de cicatrisation, desquamant à la périphérie et montrant au centre quelques taches purpuriques irrégulièrement disséminées, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet; aux pieds (bord interne), mêmes éléments à taches purpuriques, mais plus volumineux.

Sur le corps, rien de particulier à signaler.

État général médiocre; peu d'appétit, peu de sommeil, un peu de température le soir.

Appareil respiratoire. — Le malade ne tousse pas, n'a jamais toussé.

Appareil circulatoire. — Rien d'anormal.

Tube digestif. — Constipation.

Appareil urinaire. — Ni sucre, ni albumine.

4 novembre. — L'éruption est en voie de disparition; certains éléments ont presque complètement disparu; aux pieds et aux mains, quelques taches purpuriques montrent la trace de certains éléments disparus.

Aux endroits où l'épiderme est le plus épais, la bordure périphérique pigmentée a presque complètement disparu.

Les taches purpuriques noirâtres persistent.

En certains points, l'épiderme se détache et tombe au-dessus de ces taches.

L'ulcération de la main droite est en voie de guérison.

Le malade que je viens de vous présenter me paraît offrir un type morbide très intéressant : il est atteint depuis de longues années d'une éruption récidivante dont les éléments consistent en papules assez grosses et plates, dont quelques-unes s'ulcèrent facilement, en placards circinés à papules limitrophes plus petites que les précédentes; l'éruption est en général congestive, violacée; quelques placards éruptifs, principalement ceux du dos des doigts, au niveau des articulations, ceux du pied prennent volontiers un aspect purpurique.

L'affection ne me paraît rien avoir de syphilitique : il est impossible de relever chez le malade aucun antécédent syphilitique net; le traitement antisyphilitique n'a jamais amené une modification sensible dans l'allure des accidents. Notre collègue Gaucher, ayant vu survenir l'éruption purpurique des doigts dans un moment où le malade était soumis à un traitement antisyphilitique, a pensé que

cette variété des éléments éruptifs pouvait être d'origine iodique ; cette opinion est assez séduisante à première vue, mais je ne saurais la partager ; ayant observé le malade longuement et à plusieurs reprises, j'ai vu l'éruption se produire dans des moments où le malade ne prenait pas la moindre trace de préparation iodée.

La prédominance des papules nécrotiques, la localisation de la lésion sur les membres me paraît rapprocher les éruptions auxquelles notre malade est sujet, de ce que nous appelons aujourd'hui les tuberculides, beaucoup plus que de toute autre affection.

Affection mutilante du nez.

Par M. Du Castel.

Le nommé V. B..., agriculteur, entre à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Gabrielle, 1, pour une énorme ulcération ayant détruit la totalité du nez et de la lèvre supérieure.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère morte à 40 ans. Ont eu neuf enfants : six morts très jeunes, un mort d'une affection de poitrine.

Deux vivants : une fille 45 ans, bien portante et le malade.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 10 ans. Fièvre bilieuse à 30 ans.

Nombreux traumatismes. — A 12 ans, fractures du bras et de l'épaule.

D'autres traumas sur la face, qui seraient pour le malade le début de la maladie.

Se marie à 27 ans. Femme bien portante ; a eu six enfants vivants ; deux fausses couches, dans l'ordre suivant : trois filles de 13 ans, 11 ans, 8 ans ; une fausse couche de deux mois ; trois filles de 6 ans, 4 ans, 2 ans ; une fausse couche de trois mois. Sa femme est enceinte actuellement de huit mois et demi.

Le malade n'a jamais présenté aucun bouton sur les organes génitaux, aucune éruption. Pas de maux de tête spéciaux.

V. B... est agriculteur et vit continuellement au milieu d'une quarantaine de chevaux. Le malade ne se souvient pas qu'il y ait eu parmi eux d'épidémie, qu'il ait été question de morve ou de farcin.

Début de l'affection. — Le malade fait remonter le début de l'affection actuelle à un premier traumatisme subi :

A 6 ans : tombé sur la tête, il a reçu des coups de sabot de cheval, dont il garde une cicatrice curviligne sur la partie droite du front.

A 12 ans : au collège, reçoit sur le nez un coup qui lui fracture l'os propre droit.

Depuis cette époque, ses mouchoirs sont très fréquemment salis par du sang ou du pus. Il reste ainsi jusqu'à l'âge de 30 ans, époque à laquelle le nez commence à se déformer : alors on lui fait, pour lui « briser » l'os du côté obstrué, une première opération, suivie de cautérisation.

A 32 ans : on refait un autre grattage et des cautérisations.

Ces opérations, pratiquées par des médecins de Guatémala, auraient été

suivies d'obstruction presque complète du nez. Celui-ci s'enflamme et devient « d'une mauvaise couleur ». En même temps se forme dans l'angle interne de l'œil une tuméfaction un peu douloureuse.

A 34 ans : vient consulter à Paris le Dr Castex. Pendant son séjour à Paris, où il reste huit mois, on lui fait à deux reprises différentes une incision latérale et un grattage.

Un peu amélioré, le malade repart à Guatémala. A son arrivée, fait une chute de voiture, tombe sur la face et se fait encore une blessure assez grave.

Depuis cette époque, le malade semble avoir eu une forte inflammation de la figure, avec maux de tête, œdème considérable, et a fréquemment des dacryocystites (?).

La lésion ulcéreuse augmente progressivement et il y a trois ans le nez était totalement détruit. L'ulcération complète de la lèvre supérieure semble remonter à un an, et l'affection a fait peu de progrès depuis.

Le malade n'a vu aucun médecin depuis M. Castex jusqu'à son entrée au pavillon Gabrielle.

Entré au pavillon Gabrielle le 26 juillet.

A son entrée le malade présente une énorme ulcération ayant détruit la totalité du nez, la lèvre supérieure et une partie de la voûte palatine et du voile du palais.

L'ulcération est symétrique, en forme de cœur de carte à jouer, à pointe supérieure, située à 2 centimètres environ de la racine du nez. Cette lésion béante est limitée en haut par une ligne transversale où vient aboutir en plan incliné la peau réfléchie sur l'os propre du nez du côté gauche : l'os propre droit a été en effet fracturé et enlevé.

Latéralement la lésion est limitée par des bords assez nets qui suivent ce qui était le sillon naso-génio-labial. L'ulcération semble donc n'avoir pas dépassé l'aile du nez et le sillon curviligne, à concavité interne qui va de l'aile du nez vers la commissure labiale. Ces bords latéraux sont absolument symétriques : un peu surélevés et décollés, renversés en dehors, ils sont bien limités par les parties saines de la peau qui ne présentent que de très rares dilatations vasculaires.

La lèvre supérieure est détruite dans sa partie médiane, dans la largeur qui correspond à la base du nez ; la voûte palatine est également détruite ; le voile du palais dans sa partie antérieure, la luette a disparu. Il y a comme un immense bec-de-lièvre dont la limite antérieure est constituée par les deux canines supérieures encore enchâssées dans leur alvéole.

En arrière et en haut, l'orifice postérieur des fosses nasales ne persiste que sous forme de perforation irrégulièrement circulaire, la partie persistante du voile du palais est peu mobile.

Les bords de l'ulcération ainsi limitée sont de couleur terne, peu bourgeonnants.

Toute la surface de la lésion sécrète peu, et saigne rarement.

Toutes les fonctions nasales et buccales sont entravées ; le malade ne peut ni parler, ni déglutir ; mais si la cavité est comblée par co duton la parole, la déglutition, l'acte de fumer sont possibles.

Dans les premiers jours d'août : biopsie par le Dr Gastou, prise sur un

bourgeon charnu de l'extrémité externe gauche. L'examen histologique montre un tissu inflammatoire syphiloïde par places, renfermant des bacilles présentant quelques analogies avec ceux du farcin.

Le 8 août, le malade est mis au traitement antisyphilitique : Iodure de potassium 4 grammes, injection de 5 centigrammes de calomel.

Il est donné sans interruption 8 injections de calomel. Au commencement d'octobre, lavements d'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

Après une période de 20 jours pendant laquelle on cesse le mercure, on fait 4 injections de calomel, les 16, 23, 30 octobre et 6 novembre.

Le 24, le Dr Gastou fait une inoculation au cobaye et des cultures sur pommes de terre. L'inoculation reste sans effets; les cultures donnent des colonies de microbes indifférents.

Depuis son entrée à Gabrielle, surtout depuis le commencement d'octobre, le malade a été amélioré par le traitement. Les bords de la lésion qui étaient soulevés et décollés se sont affaissés, mis de niveau avec l'ulcération. Un processus de cicatrisation parti des bords de l'ulcère gagne progressivement le centre; quelques îlots d'épidermisation se montrent sur la surface même de l'ulcération.

(Observation recueillie par M. Gaudeau, interne du service.)

La lésion, que je viens de présenter à la Société, me paraît d'un diagnostic réellement difficile et sort des types que nous avons l'habitude d'observer parmi les affections mutilantes de la face. Sa symétrie parfaite a quelque chose de tout à fait remarquable; le processus paraît franchement ulcéreux, il n'y a actuellement à côté de lui aucun processus végétant de quelque importance. Il ne s'agit pas d'un épithéliome, d'un ulcus rodens ; à la périphérie, il n'y a pas le bourrelet épithéliomateux qu'il est de règle d'observer en pareil cas ; la biopsie n'a pas montré de lésions épithéliomateuses.

La syphilis ne me paraît pas pouvoir être incriminée ; il n'y a pas chez notre malade d'antécédents spécifiques; la syphilis n'a pas coutume d'attaquer les régions aussi symétriquement que la chose se passe chez notre malade ; autour de l'ulcération, nous ne voyons aucune trace de ces altérations gommeuses qui préparent l'ulcération chez le syphilitique. L'histologie a bien montré quelques lésions syphiloïdes, mais celles-ci sont loin d'être nettement syphilitiques, et pourraient être aussi bien tuberculoïdes ou farcinoïdes. Je sais bien que c'est quelque temps après que le malade avait été soumis au traitement antisyphilitique que la lésion a paru s'améliorer sérieusement : mais nous savons aujourd'hui que mainte autre inflammation que la syphilitique peut être amendée par les injections de calomel, la tuberculeuse (Asselbergs, Dubois-Havenith), la variqueuse des jambes (Fournier). L'amélioration a du reste été plus lente que celle qu'on observe ordinairement au cours des affections syphilitiques soumises au traitement spécifique.

La tuberculose de la face, quand elle devient mutilante, se présente sous un aspect autre que celui en présence duquel nous sommes : autour des parties ulcérées, il existe toute une zone d'inflammation tuberculeuse qui fait complètement défaut ici. Les examens histologiques n'ont pas parlé dans le sens d'une lésion tuberculeuse.

Étant donné ce fait que mon client vit au milieu des chevaux, qu'au début des accidents il y aurait eu des poussées inflammatoires à répétitions, je me suis demandé si nous ne serions pas en présence d'une affection farcino-morveuse. Un microbe ayant quelques analogies d'aspect avec le microbe de la morve a été trouvé dans les coupes : mais l'inoculation, la culture sur pomme de terre n'ont pas donné de résultats positifs. A l'heure actuelle, je me demande si une affection morveuse marchant vers la guérison et non encore cicatrisée complètement (c'est l'état de la lésion chez notre malade) pourrait avoir perdu sa virulence. Je ne crois pas qu'il y ait lieu de discuter la nature lépreuse. Le malade n'a aucune manifestation lépreuse : pas de bacille de Hansen. Serait-ce un rhinosclérome anormal ? Il n'y a pas d'induration caractéristique des bords : le rhinosclérome est une affection végétante et non ulcéreuse ; on n'a pu constater le microbe du rhinosclérome.

En résumé, en présence de cette lésion qui a été si profondément ulcéreuse, dont la disposition présente une symétrie tout à fait remarquable, je me demande, sans pouvoir me répondre, quelle est la nature du mal ; je me demande si nous serions en présence d'une affection exotique dont l'existence me serait inconnue. Je serais bienheureux si quelqu'un de mes collègues pouvait me tirer d'embarras.

M. Jeanselme. — Je ne crois pas qu'il s'agisse ici d'une affection exotique ; on constate une induration périphérique considérable, qui me porterait à considérer cette lésion comme épithéliomateuse.

M. Brocq. — Au point de vue clinique, la lésion ressemble à la morve ou à certaines syphiloses mutilantes de la face. Mais il ne s'agit certainement pas ici de morve, comme l'ont d'ailleurs prouvé les inoculations au cobaye. On constate une induration très notable des bords, qui sont déjetés en dehors comme dans l'épithélioma ou le rhinosclérome. C'est à l'histologie et à la bactériologie de confirmer le diagnostic. On peut se demander enfin si la lésion n'est pas un épithélioma greffé sur une syphilide.

M. Du Castel. — Je ne pense pas que le rhinosclérome soit capable de produire une mutilation semblable à celle qu'on observe chez ce malade. D'un autre côté, l'examen des coupes histologiques faites après biopsie n'a pas révélé nettement de tissu épithéliomateux. L'amélioration très notable et régulièrement progressive des lésions, sous l'influence des

injections de calomel faites depuis trois semaines, est en faveur de la syphilis.

M. Gastou. — Les particularités histologiques relatives à ce cas sont des plus intéressantes et des plus complexes. Les lésions relevées sur des biopsies pratiquées en plusieurs points : à la fois sur le bourrelet saillant, sur les parties molles et dans la profondeur, démontrent des altérations multiples, complexes, appartenant à des néoplasies de nature et d'évolution différentes.

En groupant schématiquement ces lésions on peut les diviser en 3 variétés principales :

1° Des lésions inflammatoires spécifiques d'allure, indiquant une affection ancienne encore en cours d'évolution;

2° Des lésions réactionnelles ou dégénératives du tissu vasculo-conjonctif, indiquant une participation primitive ou secondaire de ce tissu à l'ensemble des altérations;

3° Des lésions de nature infectieuse, pyogènes parasitaires probables, surajoutées aux précédentes.

1° Les lésions inflammatoires spécifiques sont les plus nettes et se voient distribuées irrégulièrement, mais condensées en quelque sorte dans 3 parties des coupes avec un aspect différent.

a) Profondément en plusieurs points on voit l'analogue de ce qui se produit dans le cerveau à la suite d'un ancien foyer de ramollissement guéri.

C'est-à-dire qu'il existe une sorte de membrane peu colorée, à doubles contours ratatinés et plissés comme une bourse dont le collet serait lié. Cette paroi à double contour est vasculaire, la cavité qu'elle limite est comblée par des tractus fibro-vasculaires et au centre de cette masse est une artère avec ses 3 tuniques et son endothélium proliféré. Tout autour de la paroi sinueuse existe une infiltration de cellules à gros noyaux uniques et à protoplasma très réduit.

L'ensemble donne l'idée d'un foyer caséeux ou suppuré qui se serait développé autour d'une artère, se serait vidé et aurait été remplacé par un tissu cicatriciel.

b) Cette même apparence de tissu conjonctif cicatriciel donne un second aspect de modification anatomique occupant les parties médianes des coupes. Là, se voient de longs filaments, analogues aux corps fibroplastiques de Robin, c'est-à-dire avec un gros noyau allongé et des filaments longs et très effilés.

Ces éléments conjonctifs forment des faisceaux qui se dirigent de la profondeur des coupes vers la surface, quelquefois parallèlement à l'épiderme et contiennent dans leurs interstices des vaisseaux et des cellules. Les vaisseaux sont du type embryonnaire (néoformation); les cellules ont tantôt l'aspect de leucocytes mononucléaires, tantôt l'aspect de plasmazellen, tantôt au contraire celui de cellules épithélioïdes. On y voit même de grosses mastzellen; le tout indiquant, ainsi que nous l'avons dit, une prolifération et une malformation intense vasculo-conjonctive.

3° Le troisième aspect que présentent les coupes est donné par la partie opposée aux cicatrices de cavités vidées. Ici ce sont des nappes vasculaires

et lymphatiques. Vaisseaux veineux largement dilatés à endothélium proliféré, contenant dans leur cavité des globules rouges et des mononucléaires. Cavités et vaisseaux lymphatiques très distendus, remplis de fibrine granuleuse et de leucocytes polynucléaires très abondants.

Puis tout autour, infiltration en masse serrée de leucocytes mono et polynucléaires et de cellules plasmatiques séparées par un réticulum portant de fins capillaires sanguins néoformés : le tout dans l'ensemble donnant l'idée d'une lésion de chancre induré.

2° Les lésions réactionnelles et dégénératives des tissus conjonctifs se caractérisent ainsi.

a) Pour la réaction inflammatoire : capillaires néoformés, tels qu'on les trouve habituellement dans les bourgeons charnus; présence de leucocytes mononucléaires et polynucléaires, et dans ces derniers surtout de la variété à noyaux émiettés; leucocytes entourant non seulement les vaisseaux, mais encore infiltrant et couvrant toutes les parties des coupes.

Aux mêmes points existe, entremêlée à l'infiltration cellulaire, la réaction conjonctive inflammatoire sous forme de plasmazellen, de mastzellen et de cellules conjonctives d'un polymorphisme des plus marqués.

La plupart de ces cellules polymorphes sont plutôt le fait de dégénérescences que de réactions inflammatoires directes. Il existe une gradation progressive entre les différentes espèces cellulaires, gradation établissant le passage successif de la cellule conjonctive modifiée par l'infection à la cellule conjonctive néoplasique, c'est ainsi qu'on rencontre :

1° D'énormes cellules à protoplasma d'apparence vitreuse, prenant les colorants acides avec un noyau volumineux.

2° Des cellules encore plus volumineuses à noyau plus petit, mais à protoplasma rempli de grosses granulations incolores donnant l'apparence de dépôts hyalins.

3° Des cellules entièrement vitreuses, sans noyau, légèrement colorées par l'éosine.

4° Enfin des cellules qui par places rappellent le sarcome embryonnaire, qui en d'autres points sont d'apparence épithélioïde.

Telle est la complexité des éléments cellulaires dans leurs formes variées, telle est également la complexité de ces mêmes éléments dans leur ordination et leur groupement : isolées, en amas, en traînées le long des vaisseaux ou entourées de leucocytes sans systématisation apparente.

3° Le troisième élément, des plus nets, est l'élément infectieux démontré :

a) D'une part, par la réaction leucocytaire qui forme des amas, des infiltrations dans le derme et des abcès intra-épidermiques.

b) D'autre part, par la constatation dans les capillaires superficiels de bâtonnets et bactéries dont quelques-unes à espace clair donnent l'apparence du bacille du rhinosclérome.

En présence de lésions aussi complexes, plusieurs diagnostics sont à discuter :

1° Il ne saurait être question de tuberculose.

2° Peut-il s'agir de rhinosclérome, ainsi que pourrait le faire supposer l'existence de formes bacillaires identiques au bacille trouvé et décrit dans cette affection?

Un premier fait négatif est la différence de coloration au Gram, non en faveur du bacille en question. Le deuxième fait contre ce diagnostic est la complexité de structure des tissus malades. Structure plus uniforme, avec des réactions cellulaires du même type dans le rhinosclérome. Mais là s'arrête la négation absolue de cette hypothèse.

3° S'agit-il d'une néoplasie maligne, ainsi que peuvent le faire supposer les différentes particularités anatomiques constatées?

L'idée d'une néoplasie farcino-morveuse est possible, mais ni la culture, ni l'inoculation aux cobayes n'ont donné de résultats positifs; la structure histologique n'est pas démonstrative, il en est de même de l'évolution clinique.

On ne peut dire qu'il s'agisse d'un épithélioma : en aucun point il n'existe une structure en rapport avec son existence.

Mais, en revanche, l'existence d'une néoplasie embryonnaire de nature sarcomateuse peut être admise, réserve étant faite toutefois sur la possibilité de la transformation d'un tissu inflammatoire en tissu conjonctif secondaire d'apparence sarcomateuse.

4° L'ensemble des caractères histologiques : anciennes cavités caséeuses, tissu fibreux de guérison, infiltration leucocytaire et plasmomes périvasculaires, lésions artérielles, veineuses et lymphatiques, anciennes et en activité, semble démontrer d'une façon indéniable l'existence d'un processus d'infiltration gommeuse syphilitique.

5° Enfin, en dernier lieu, reste l'infection polymicrobienne en partie indéterminée.

La culture de fragments de tissus, faite sur différents milieux et en particulier sur pomme de terre, a permis d'établir l'existence de nombreuses espèces à l'exclusion du bacille morveux. L'isolement a démontré l'existence d'un strepto-diplocoque en grains doubles divisés transversalement dans chaque élément. L'ensemble de la chaînette donnant l'apparence d'une série de gonocoques, deux par deux dans le sens de leur largeur et groupés longitudinalement. Quelle est l'espèce de ce streptocoque? Nous n'avons pu la définir.

En résumé, et pour conclure, il semble certain qu'il y ait une lésion gommeuse syphilitique, mais à cette lésion sont surajoutés des éléments inflammatoires et néoplasiques.

Le néoplasme est-il lui-même d'origine inflammatoire? Est-ce un pseudo-sarcome parasitaire? Il ne saurait s'agir en tous cas d'un épithélioma, il n'existe rien dans les lésions qui puisse s'y rapporter; tout au plus pourrait-on assimiler les cellules d'apparence sarcomateuse à certaines cellules que l'on rencontre dans les néoplasies appelées d'une façon générique : carcinomes embryonnaires ou néoplasies mixtes.

M. Darier. — Au point de vue clinique, la lésion ressemble, en effet, à un épithélioma ou à une syphilide ulcéreuse.

L'examen histologique des coupes que l'on vient de me soumettre montre qu'il ne s'agit certainement pas de morve ni de rhinosclérome. Or, on ne constate en aucune manière la structure épithéliomateuse; je crois donc qu'il s'agit de syphilose mutilante, ce que confirme l'amélioration survenue sous l'influence du calomel.

M. Leredde. — L'éclairage insuffisant ne permet pas de donner une interprétation absolument ferme des lésions histologiques. Cependant, j'ai constaté sur certaines coupes, à un faible grossissement, un tissu rappelant celui que l'on observe dans certaines formes anormales d'épithélioma sous-épidermique.

M. Brocq. — Les réflexions que vient de faire M. Darier me rappellent l'observation d'une fillette de 12 ans qui présentait, à l'aile droite du nez, une ulcération profonde, arrondie et à bords nettement indurés. Je présentai cette malade à M. Besnier, dont le diagnostic fut très hésitant. En présence de l'incertitude où nous étions sur la nature de cette lésion, nous résolûmes de soumettre cette enfant au traitement mixte ; la guérison fut complète en trois semaines. En somme, le malade presenté par M. Du Castel peut être atteint, comme le pense M. Darier, d'une lésion syphilitique.

M. Fournier. — A mon avis, il s'agit ici, sans aucun doute, d'une syphilide dégénérée en épithélioma. Cette lésion est, en effet, un épithélioma dont elle a les bords indurés, de cette dureté cartilagineuse si spéciale, que les chirurgiens appellent dureté cancroïdienne. Inversement, l'amélioration et la cicatrisation complète des lésions bucco-palatines par le traitement mercuriel prouve, d'une façon indiscutable, que la syphilis est en jeu.

On sait que le lupus est quelquefois envahi par l'épithélioma. Il en est de même de la syphilis ; l'association de la syphilis et de l'épithéliome n'est pas exceptionnelle, surtout à la langue.

M. Darier. — L'examen histologique ne confirme pas le diagnostic de M. Fournier ; mais l'avenir montrera ce qu'il en faut penser ; car si le diagnostic de M. Fournier est exact, la lésion ne guérira pas.

M. Fournier. — J'affirme en effet que cette lésion ne guérira pas par le traitement antisyphilitique.

M. Gastou. — En tout cas, s'il s'agit d'une lésion maligne, elle devrait être classée histologiquement parmi les ulcus rodens, qu'a étudiés récemment M. Dubreuilh.

M. Darier. — M. Dubreuilh a réuni, sous le nom d'ulcus rodens, un grand nombre d'épithéliomes ; une semblable généralisation ne me paraît pas heureuse. Il vaut mieux réserver cette dénomination au rodent ulcer de Jacob.

Aplasie moniliforme améliorée par le massage du cuir chevelu.

Par M. Jeanselme.

Voici un exemple d'aplasie moniliforme, curieuse dystrophie familiale, caractérisée par l'alternative régulière de renflements et de rétrécissements des poils (1).

(1) L'observation de ce malade a été publiée par MM. Hallopeau et Lefèvre, voir *Bull. de la Soc. française de Dermat. et de Syph.*, 1890, p. 78 et 111.

Le jeune Maurice R... avait des cheveux à sa naissance. Il fut confié immédiatement à une nourrice et quand il fut rendu à sa famille un an après, on remarqua qu'il avait le cuir chevelu couvert de pellicules et de petits poils disséminés.

A l'âge de 9 ans, comme le prouve cette photographie, le cuir chevelu était à peu près glabre.

Il y a un an, — l'enfant avait alors 14 ans, — voici la note que je pris sur lui :

Le cuir chevelu est rosé et granuleux, surtout dans sa portion périphérique, lisière frontale, temporale, rétro-auriculaire, région de la nuque.

L'émergence de chaque poil malade est marquée par une saillie acuminée ; cette kératodermie pilaire déborde sur la région fronto-pariétale et sur la face postérieure du cou. Les poils moniliformes, tout à fait typiques, prédominent dans les points où la kératodermie est le plus accusée. Sur le reste du cuir chevelu, les cheveux sont régulièrement calibrés, longs de deux à trois centimètres et très secs. Les sourcils sont très peu fournis dans leur partie externe.

Tout le tégument est rude au toucher. La kératodermie prédomine sur les membres du côté de l'extension.

Depuis un an j'ai fait frictionner énergiquement le cuir chevelu de cet enfant avec diverses pommades. J'ai employé tour à tour la pilocarpine, l'huile de cade, la fleur de soufre. Il ne peut être ici question de guérison, bien entendu, mais il est manifeste que les cheveux sont devenus plus vigoureux, plus nombreux et plus longs. Ce résultat me paraît dû bien plus à l'action mécanique du massage qu'aux divers ingrédients incorporés dans les pommades.

L'aplasie moniliforme est héréditaire dans la branche paternelle du jeune R..., son père, sa grand'mère et une tante paternelles, deux cousins issus de germains étaient atteints de la même dystrophie pilaire.

M. Sabouraud. — Il est incontestable que l'huile de cade seule suffit à améliorer ces lésions.

M. Fournier. — Cet enfant présente une dystrophie dentaire d'origine certainement hérédo-syphilitique.

Sur le Pian-bois.

Par M. Jeanselme.

J'ai observé récemment un malade revenant de la Guyane (1) qui était atteint de *pian-bois*, cette affection exotique, encore si mal connue, dont M. Darier nous a présenté dernièrement un exemple (2).

(1) J'adresse mes remerciements à M. Fernet, médecin de l'hôpital Beaujon, qui m'a autorisé à recueillir cette observation dans son service.

(2) *Annales de Dermatologie*, 1901, p. 580.

Je n'ai pas assisté à la phase éruptive dont je donne la description telle qu'elle m'a été dictée par le malade. Mais j'ai pu étudier à loisir les caractères des cicatrices qui ont survécu à la maladie.

Maxime Schw..., âgé de 19 ans, entré à Beaujon, dans le service de M. Fernet, le 18 octobre 1901.

Ce jeune homme, arrivé à la Guyane en août 1900, dirigeait des travaux de défrichement dans la forêt vierge, quand il présenta une éruption dont le début remonte au mois d'avril 1901.

Les éléments apparurent par poussées successives, la plupart étaient groupés sur les jambes, plus particulièrement sur leur face antéro-externe. Mais quelques-uns étaient disséminés sur le dos des pieds, les genoux, les cuisses et les fesses.

Aux membres supérieurs, l'éruption, d'ailleurs très discrète, s'est cantonnée sur la face postérieure des poignets et des avant-bras.

D'après le malade, chaque élément avait pour point de départ une piqûre de moustique. C'était d'abord une tuméfaction circonscrite, saillante et volumineuse, couronnée d'une croûte brunâtre plus ou moins large. Au-dessous de celle-ci, existait une ulcération cratériforme remplie de pus consistant et fétide (1). Quelques-unes des plaques d'infiltration ont pris une grande extension, au point de couvrir une surface aussi large que la paume de la main. Les éléments, presque confluents sur les jambes dont le volume devint considérable, ont causé au malade de vives souffrances. Mais, aux membres supérieurs, les ulcérations superficielles et peu douloureuses ne reposaient pas sur une base phlegmasique étendue. Le retentissement ganglionnaire fut très marqué aux aines, moindre aux aisselles et à peine constatable au cou.

C'est vers le 15 mai que la fièvre apparut pour la première fois, c'est-à-dire à l'époque où la plupart des éléments étaient en pleine suppuration. Elle n'était pas continue, elle revenait chaque nuit sous forme d'accès qui n'étaient pas précédés de frissons ni suivis de sueurs, mais qui s'accompagnent de délire. Le sulfate de quinine était sans action sur eux.

Le malade fut transporté à l'hôpital de Cayenne le 12 mai et il y séjourna jusqu'au 3 juin. Le médecin traitant porta le diagnostic de *Pian-bois;* il fit sans succès de nombreuses cautérisations, mais l'état local et général s'aggravant, le rapatriement fut décidé. La traversée dura 20 jours ; c'est dans les 3 ou 4 derniers jours seulement, que le malade ressentit une amélioration sensible. Le séjour en France amena une prompte guérison sans aucun traitement.

J'ai vu le malade pour la première fois le 25 octobre, près de 4 mois après la guérison définitive. L'éruption a laissé des cicatrices dont l'aspect diffère un peu suivant les régions envisagées. Sur les jambes, où les ulcérations ont été nombreuses et assez profondes, les cicatrices sont coalescentes. De taille variable, égalant pour la plupart le diamètre d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 2 francs, elles sont arrondies mais limitées par un bord assez irrégulier. Superficielles et planes, légèrement réticulées, elles sont de niveau avec la peau saine et glissent aisément sur les plans

(1) Les plaies étaient peut-être tapissées d'une pseudo-membrane diphtéroïde.

sous-jacents. Tandis que le centre de la cicatrice est décoloré, sa portion périphérique, très pigmentée en brun tirant sur le violet, tranche nettement sur la peau voisine de nuance normale. Les poils sont assez nombreux sur la zone hyperchromique, ce qui montre que la désorganisation du derme en ce point n'a pas été profonde. Et cependant, au niveau des cicatrices superficielles, les troubles de la sensibilité douloureuse et thermique sont notables.

Beaucoup d'éléments situés sur les cous-de-pied, la face antérieure des genoux, le dos des poignets et des avant-bras, n'ont laissé pour tout vestige que des taches érythémato-pigmentaires à peine appréciables, au niveau desquelles je n'ai relevé aucune altération de la sensibilité.

Le malade n'est pas syphilitique.

Les données précises que l'on possède sur le *pian-bois* sont encore trop peu nombreuses pour que l'on puisse esquisser l'histoire de cette affection, très commune, paraît-il, dans les régions boisées de la Guyane. Mais on peut affirmer, dès à présent, qu'elle ne ressortit ni à la syphilis ni au pian proprement dit ou *frambœsia.*

A plusieurs points de vue, notre observation est en contradiction avec celle de M. Darier. Tout d'abord, si l'on en croit le malade, chaque élément éruptif aurait eu pour point de départ une piqûre de moustique. Et, d'autre part, les plaques d'infiltration aboutissant à l'ulcération ne paraissent pas avoir été le résultat d'une lymphangite nodulaire.

Quant aux cicatrices, elles n'offrent aucun caractère particulier qui permette de les rattacher à leur origine. L'ecthyma simple ou syphilitique pourrait en laisser de semblables sur les membres. J'estime donc qu'il n'y a pas lieu de commenter plus longuement cette observation d'attente.

Érythrodermie et folliculites tuberculeuses disséminées (Lupus érythémateux aigu).

Par MM. Gaucher et Paris.

Marie G..., la malade dont nous allons exposer l'histoire, est entrée dans le service de M. le professeur Fournier, suppléé par M. Gaucher, le 20 juillet 1901.

Cette femme, âgée de cinquante-deux ans, veuve sans enfants, dans les antécédents de laquelle on ne relève qu'une fluxion de poitrine soignée à l'hôpital Saint-Antoine en 1894, fait remonter le début de l'affection actuelle aux premiers jours de juillet.

A ce moment, ayant éprouvé au niveau de la face un très vif prurit, elle avait, sur les indications d'un pharmacien, essayé de l'apaiser en se lotionnant avec de la créoline.

A la suite de ces applications, des plaques rouges, desquamant légèrement, seraient apparues sur les pommettes.

En présence de ces commémoratifs, on pensa naturellement à une dermatite artificielle; on attribua de même à l'action de substances caustiques telles que potasse et soude, que cette femme avait l'habitude d'employer pour laver le linge, des lésions érythémateuses qu'elle présentait également aux extrémités digitales.

Sous l'influence de pulvérisations et de pansements à l'eau bouillie, la desquamation disparut durant quelques jours; mais elle se reproduisit bientôt avec plus d'intensité, en même temps que les plaques érythémateuses envahissaient peu à peu le reste du visage.

Cette évolution extensive, la persistance et l'intensité du prurit, qui ne cadraient nullement avec la première hypothèse, firent alors songer quelque temps à un érythème prémycosique.

Mais ce diagnostic fut à son tour rejeté vers le milieu de septembre, par suite de modifications survenues à ce moment, principalement dans les lésions digitales; l'examen du sang ne révélait du reste qu'une légère leucocytose, mais avec polynucléose neutrophile (74 p. 100 de polynucléaires), au lieu de la lymphocytose souvent notée au cours du mycosis.

On constatait alors, à la face palmaire des troisièmes phalanges et empiétant plus ou moins sur les secondes, des plaques rouge vif, comme vernissées, limitées par une collerette de squames blanches, assez larges, très adhérentes. C'est alors que fut posé le diagnostic d'érythrodermie tuberculeuse ou de lupus érythémateux aigu.

Ce diagnostic fut du reste bientôt confirmé, le 4 octobre, par l'apparition de phénomènes pulmonaires.

A cette date, la malade se mit à tousser; l'auscultation révéla : des râles sous-crépitants dans la moitié inférieure des deux poumons, avec un peu de souffle à droite, de la rudesse respiratoire aux deux sommets en arrière.

Le sommet droit présentait de la submatité en arrière.

En même temps, la température s'éleva à 38°,9, et depuis lors ne cessa d'osciller d'une façon irrégulière entre 39° et 37°,5.

Enfin la constatation de bacilles de Koch dans les crachats acheva de lever les dernières hésitations.

A la date du 22 octobre, la face, la région sous-maxillaire, les parties latérales et postérieure du cou présentent une teinte uniformément rouge violacé qui s'efface à peine sous le doigt. En avant et en bas, au niveau de l'angle cervico-maxillaire, la limite de la lésion est assez nettement indiquée par une sorte de bourrelet; partout ailleurs elle est difficile à préciser.

La face est comme boursouflée; les lèvres, les paupières, le nez et les oreilles sont tuméfiées.

En tous ces points il existe des squames assez larges, d'un blanc jaunâtre, très adhérentes, mais qui prédominent au niveau des pommettes, des sillons de la face et surtout des sourcils.

Les lèvres, d'un rouge vif vernissé, présentent un ectropion assez considérable en raison de leur tuméfaction; elles saignent au moindre contact, et il s'est formé sur la moitié gauche de la lèvre inférieure une ulcération arrondie d'un centimètre de diamètre, recouverte d'une croûte d'un brun noirâtre; les lésions s'arrêtent au niveau de la muqueuse buccale proprement dite, qui paraît saine.

Par contre, la muqueuse pituitaire semble être atteinte; elle est très congestionnée, il y a de l'enchifrènement et, chaque fois que la malade se mouche, il se produit un petit écoulement de sang.

L'oreille droite est le siège, au niveau de la conque, de petites ulcérations irrégulières qui sécrètent un liquide jaunâtre séro-purulent.

La peau du front et le cuir chevelu présentent une coloration rosée plus ou moins accentuée suivant les points.

Les cheveux tombent en grande quantité, mais sans qu'il se forme de places absolument glabres.

Les sourcils ont complètement disparu ; leur emplacement n'est plus indiqué que par des accumulations de squames d'un blanc jaunâtre.

Aux doigts, les lésions n'ont pas cessé de s'étendre excentriquement, principalement vers la paume de la main; de nouvelles plaques, analogues à celles qui ont été déjà notées sur les phalangettes, se sont développées à la face palmaire des premières et deuxièmes phalanges ; on y observe en outre, ainsi qu'à la paume, de petite taches d'un rose jaunâtre, arrondies, du diamètre d'une lentille en moyenne, quelques-unes encore recouvertes d'épiderme, d'autres desquamant légèrement.

Sur la face dorsale des phalanges, les lésions sont moins accentuées, sauf au niveau des phalangettes presque entièrement envahies par l'extension des lésions palmaires ; les ongles ne paraissent guère modifiés dans leur structure ni dans leur développement.

On trouve encore, disséminées sur le dos des deuxièmes et premières phalanges, quelques petites formations nodulaires intradermiques, arrondies, dont le volume varie de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, et d'une consistance assez ferme. La partie centrale de ces nodules est recouverte, soit par une petite cicatrice rouge ou rose, entourée d'une petite aréole rouge, qui desquame finement, soit par une croûtelle jaunâtre légèrement déprimée.

A la face postérieure des deux coudes, existe, à peu près symétriquement, une plaque érythémateuse irrégulièrement arrondie, du diamètre d'une pièce de cinq francs environ, dont la circonférence est marquée par une collerette de squames et le centre par un amas assez épais de ces mêmes squames.

Les lésions des membres inférieurs droit et gauche sont à peu près identiques.

La face plantaire des orteils et de la région métatarsienne est uniformément rouge vif vernissé ; l'épiderme y desquame en larges lambeaux, mesurant plusieurs centimètres. La face dorsale des orteils présente une coloration violacée cyanotique.

A la face antérieure des cuisses et surtout des jambes, existe une véritable éruption de petits nodules analogues à ceux qui ont été déjà signalés sur la face dorsale des doigts.

On retrouve, du reste, ces mêmes éléments sur tout le tronc ; très nombreux au niveau de la région hypogastrique, ils sont plus clairsemés sur la paroi thoracique antérieure.

Dans le dos, ces éléments nodulaires sont si serrés le long de la colonne vertébrale qu'ils paraissent confluer ; la peau où ils ont enchâssés revêt

dans cette région une coloration rosée, disposée en larges plaques à contours déchiquetés, dont l'ensemble constitue un placard triangulaire, à base supérieure, se confondant à ce niveau avec les lésions du cou, et à sommet inférieur.

A part les poumons, dont les lésions n'ont pas cessé de s'accentuer, l'examen des autres organes, cœur, foie, rein, rate, tube digestif, ne révèle rien d'anormal.

Malgré une recherche attentive, on n'a pu constater en aucune région et à aucun moment d'hypertrophie ganglionnaire.

Depuis le 4 octobre, la malade n'a pas cessé d'avoir de la fièvre ; la température, qui oscille entre 37°,5 et 39°, présente une courbe éminemment irrégulière; tantôt elle s'élève progressivement durant plusieurs jours jusqu'à 39°, puis redescend de même ; tantôt ce sont de grandes oscillations variant de 2 à 3° du matin au soir.

Depuis l'apparition des phénomènes pulmonaires et de la fièvre, l'état général s'est rapidement modifié. L'appétit fait à peu près défaut, la malade reste presque tout le temps prostrée dans une demi-somnolence, les yeux clos, répondant à peine aux questions qu'on lui pose, ne se plaignant presque plus du prurit, qui la tourmentait beaucoup au début de son affection.

Depuis les derniers jours d'octobre il semble se produire une amélioration de certains symptômes : la teinte des lésions cutanées est devenue moins foncée, les nodules de folliculite se sont affaissés; en même temps la température, après s'être abaissée propressivement, se maintient à 37°.

Par contre, les lésions pulmonaires n'ont nullement rétrocédé.

L'observation détaillée de cette malade nous a paru digne d'être communiquée à la Société, car nous avons pu assister aux différentes phases de l'évolution des lésions depuis leur début.

D'autre part, nous n'avons pu, en compulsant la bibliographie de ces dernières années, relever que quelques cas de lupus érythémateux aigu généralisé avec association de folliculites tuberculeuses : ceux de MM. Du Castel (14 janvier 1897) et Brocq (3 mai 1900).

M. Hallopeau. — Ces lésions représentent le lupus érythémateux aigu de Kaposi. Je rappellerai que j'en ai communiqué à la Société une observation dont le diagnostic a été fait rétrospectivement par M. Besnier d'après le moulage de M. Baretta et confirmé ultérieurement par l'évolution de la maladie, laquelle a abouti à la formation d'une petite plaque typique de lupus érythémateux vulgaire.

M. Besnier. — La connaissance de cette affection a un intérêt pratique considérable. J'ai vu, il y a quelques mois, un cas semblable, et l'examen histologique fait par M. Darier a confirmé le diagnostic clinique.

M. Darier. — Le malade auquel M. Besnier vient de faire allusion était un homme adulte qui présentait une érythrodermie diffuse avec légère desquamation datant de quatre mois sur une grande partie de la figure et

du cou, et des tuberlides sur le dos des mains. Une biopsie pratiquée au niveau des lésions érythémateuses m'a montré des lésions extrêmement nettes de lupus érythémateux aigu.

M. BESNIER. — Le diagnostic clinique n'était d'ailleurs pas douteux, mais la marche de l'affection avait été si rapide qu'il y avait intérêt à le confirmer histologiquement. D'après mes conseils, ce malade fut soumis par M. Bissérié à l'action des effluves de haute fréquence, et la guérison fut réalisée en deux mois. Les tuberculides du dos des mains, soumises au même traitement, furent considérablement améliorées.

M. HALLOPEAU. — J'ai vu un malade atteint de lupus érythémateux aigu qui guérit en quelques mois sans traitement; de sorte que la guérison du malade de M. Besnier est peut-être due à l'évolution naturelle de la maladie.

M. BESNIER. — La rétrocession immédiate et rapide des lésions sous l'influence du traitement ne permet pas de mettre la guérison de ce malade sur le compte d'une évolution naturelle de son affection.

Sarcomatose mélanique cutanée généralisée.

Par MM. E. GAUCHER et ÉMILE SERGENT.

Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des tumeurs mélaniques de la peau, mais il est extrêmement rare d'en constater un nombre aussi considérable que chez le malade que nous vous présentons aujourd'hui.

Cet homme, A. D..., âgé de 54 ans, employé de chemin de fer, est de constitution robuste, présente un embonpoint assez considérable et n'a jamais eu d'autre maladie qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu vers l'âge de 30 ans, sans aucune complication. Ses antécédents héréditaires sont peu chargés et insignifiants.

Le début de son affection actuelle remonte à trois années. En mai 1898, le Dr Mauny, de Saintes, pratiqua l'ablation d'une tumeur du volume d'une châtaigne, située dans la région sous-hyoïdienne et offrant à la coupe l'aspect du tissu sarcomateux. Cette tumeur ne présentait aucune trace de pigmentation; mais, dès cette époque, il existait déjà, comme nous l'a écrit le Dr Mauny, quelques très rares taches et nodules pigmentaires disséminés à la surface du corps.

En novembre 1900, fut pratiquée une nouvelle intervention pour l'ablation d'une masse néoplasique contiguë à la cicatrice de la première. Cette seconde tumeur, nettement mélanique, offrait à la coupe l'aspect d'une truffe. A ce moment, il existait de nombreux noyaux mélaniques disséminés sous la peau et les plus grandes réserves furent posées sur l'avenir du malade. Quand cette homme, qui nous fut adressé par le Dr Froger, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 22 août 1901, il présentait toutes les apparences extérieures de la santé : embonpoint, teint floride; il n'y avait

aucune déperdition des forces, ni aucun trouble fonctionnel pouvant permettre de diagnostiquer une localisation viscérale.

Chez ce malade, actuellement encore, toutes les manifestations de la mélanose semblent s'être limitées à la peau ; mais là, la dissémination est considérable, à tel point qu'il est impossible de compter le nombre de toutes les taches et tumeurs mélaniques ; elles se chiffrent certainement par centaines et siègent sur toutes les régions.

On peut les diviser en trois types : nodules hypodermiques, nodules dermiques et taches pigmentaires.

Les nodules hypodermiques sont en général de très petites dimensions, ils font saillie sous le peau à laquelle ils adhèrent et qui, par transparence, permet de reconnaître leur coloration ardoisée.

Les nodules dermiques, plus volumineux en général que les précédents et variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'un gros pois, font une saillie nettement hémisphérique et régulière ; ils sont franchement noirs et le plus souvent recouverts de petites squames blanchâtres fendillées, qui représentent les vestiges de la couche cornée de l'épiderme. Un grand nombre de ces nodules sont entourés d'une auréole inflammatoire rouge, légèrement tuméfiée, parfois suppurante.

Les taches pigmentaires représentent de simples placards, nullement surélevés et d'une coloration moins franchement noire, plus bleutée que les nodules dermiques.

On peut se demander si ces trois types sont des variétés différentes de la même néoplasie ou représentent simplement des stades évolutifs successifs. Cette dernière hypothèse semble mieux répondre à la réalité des faits. Les renseignements fournis par le malade et les observations que nous avons pu faire pendant son long séjour à l'hôpital, autorisent en effet à penser que la néoplasie débute dans les couches profondes de la peau où elle donne lieu aux nodules hypodermiques, qu'au fur et à mesure que ceux-ci se développent leur coloration brune devient visible par transparence, que, finalement, les nodules viennent faire saillie sous l'épiderme qu'ils refoulent et dont il ne subsiste plus qu'une mince lamelle cornée fendillée ; qu'enfin, sous l'influence des irritations locales, du frottement, du grattage, il se produit au niveau de ces nodules une inflammation périphérique, qui, par le processus de la suppuration, peut déterminer en quelque sorte leur énucléation ; consécutivement, subsistent, à titre de cicatrices, ces taches pigmentées que nous avons décrites.

Ces constatations représentent certainement l'un des côtés les plus intéressants de cette observation ; mais, là ne résident pas toutes les particularités qu'elle offre à considérer. Il est important, en effet, de remarquer la conservation de l'embonpoint et d'un très bon état général, malgré la très longue durée de l'affection ; or ce fait trouve vraisemblablement son interprétation dans les résultats que nous a donnés l'examen du sang : en effet, il n'y a, d'une part, aucune trace

d'anémie; d'autre part, il n'existe pas de leucocytose et, enfin, nous n'avons trouvé qu'exceptionnellement, sur un assez grand nombre de préparations, de très rares granulations mélaniques incluses dans les leucocytes.

Évidemment, il n'y a pas encore, selon toute vraisemblance, de généralisation viscérale; mais il est à craindre qu'elle n'apparaisse dans un avenir plus ou moins prochain.

Le diagnostic clinique a trouvé sa confirmation dans l'examen histologique d'une parcelle d'un des nodules dermiques, enlevée au bistouri et cautérisée ensuite au thermocautère (à la suite de cette biopsie le nodule n'a présenté aucune prolifération et s'est au contraire affaissée). Les coupes que nous avons examinées nous ont montré qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique typique.

Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, le malade a été soumis à la médication cacodylique, sous la forme d'injections quotidiennes de 10 centigrammes, en séries de sept jours, séparées par des intervalles égaux.

Nous pensons que cette médication n'est pas étrangère à la conservation de son bon état général et qu'il y a lieu de la continuer.

M. Hallopeau. — J'ai présenté, il y a 3 ans, à la Société un malade ayant des lésions cutanées analogues à celles-ci ; nous avons trouvé à l'autopsie de nombreuses tumeurs viscérales en partie non mélaniques. Ce malade paraît avoir eu la syphilis; on peut se demander si une partie des tumeurs agminées en fragment de cercles n'ont pas eu pour point de départ des syphilomes.

M. Darier. — Dans tous les cas de ce genre, on a toujours trouvé à l'autopsie des tumeurs viscérales, bien que souvent l'examen clinique du malade, pratiqué même quelques jours avant la mort, n'en ait révélé aucun signe.

M. Gaucher. — Je ne nie pas l'existence de tumeurs viscérales chez cet homme ; mais l'examen clinique est complètement négatif à ce point de vue.

M. Darier. — Il est fréquent de constater la coexistence de tumeurs mélaniques et de tumeurs non mélaniques. Parfois une même tumeur présente des parties mélaniques et d'autres qui ne le sont pas. Inversement, on peut rencontrer une infiltration mélanique de régions où il n'existe pas de tumeurs.

M. Gaucher. — J'ai présenté autrefois à la Société clinique un sujet qui présentait en outre des tumeurs, une infiltration mélanique de presque tous les tissus. Mais, dans le cas actuel, c'est avec peine que nous avons pu déceler quelques rares leucocytes mélanifères.

M. Besnier. — Ce malade n'avait-il pas primitivement un nævus pigmenté ?

M. Gaucher. — Nous sommes obligés de nous en rapporter à notre

malade, qui affirme n'avoir jamais eu aucune tache pigmentaire; d'autre part, le Dr Mauny nous a déclaré de la façon la plus catégorique que la première tumeur dont il a fait l'ablation était un sarcome non mélanique.

M. Darier. — Cette observation ne peut infirmer, à mon avis, l'opinion actuelle d'après laquelle ces tumeurs ont toujours un nævus comme point de départ.

M. Gaucher. — Je ne dis pas le contraire; mais ici, il nous a été impossible de trouver aucun antécédent de nævus.

M. Leredde. — M. Darier croit-il que ces tumeurs doivent être rangées dans les épithéliomas, comme le veut Unna?

M. Darier. — C'est là une question toute théorique. C'est un sarcome spécial et dont la structure rappelle en effet celle de l'épithéliome. J'ai l'habitude de l'appeler nævo-carcinome ; mais le terme sarcome mélanique est classique et peut être conservé.

M. Besnier. — L'intervention chirurgicale, dans des cas de ce genre, est si souvent suivie d'une repullulation rapide que l'abstention me paraît devoir être une règle générale.

M. Darier. — J'ai observé une personne âgée ayant un nævus pigmentaire du volume d'une lentille, qui atteignit rapidement celui d'une noisette. Je la fis opérer très largement, et l'examen histologique me montra les lésions typiques du nævo-carcinome. L'opération fut faite il y a sept ans, et il n'y a pas eu de récidive. Malheureusement, la tumeur est très souvent déjà généralisée quand elle commence à grossir. En tout cas, il me paraît prudent de s'abstenir des caustiques.

M. Brocq. — L'électrolyse négative m'a donné de bons résultats chez une jeune fille atteinte de xeroderma pigmentosum, et dans trois cas de nævus mélanique de la face ; mais je reconnais que ce sont là des faits distincts du sarcome mélanique.

M. Barthélemy. — Je crois qu'il y a lieu de distinguer entre les petites tumeurs mélaniques qui se développent et se multiplient à un moment donné.

Il y a la forme maligne, comme celle que M. Gaucher vient de nous montrer et à laquelle il faut se garder de toucher; ce sont là de véritables *noli me tangere* quand ils sont arrivés à ce point ; la moindre intervention ne peut aboutir qu'à des augmentations du mal.

Il y a, d'autre part, les formes bénignes qui ne sont que des nævus lentigineux très pigmentés, durs, saillants comme des moitiés de pois, lisses, non pileux, qui se mettent tout d'un coup à se multiplier spontanément. J'ai vu récemment encore un de ces cas chez une jeune femme de 30 ans, très brune, très pigmentée, ayant eu dès l'enfance de nombreux nævus de cet ordre. Or depuis un an, ces nævus simples se mettaient à se multiplier à son grand désespoir (de 10 qu'elle avait, il en est maintenant 150, dont 18 à la face). Dans ce cas, il n'y a pour le moment aucune sorte de dégénération à

redouter et on pourrait avec avantage recourir à l'ignipuncture (plutôt qu'à l'excision par le bistouri), ou mieux, faire, comme le dit M. Brocq, et comme l'a déjà fait M. Oudin pour certains nævus verruqueux en voie d'augmentation de volume, une électrolyse négative.

M. Gaucher. — Tous les chirurgiens sont d'avis, de même que M. Besnier et moi-même, qu'il ne faut pas opérer ces tumeurs. Toutefois, nous en avons enlevé une, nous avons cautérisé la plaie au thermo-cautère, et il ne s'est pas produit de récidive. Peut-être ne faut-il pas condamner absolument l'intervention chirurgicale, dans les cas où la lésion est exclusivement tégumentaire.

M. Leredde. — Les récidives qui ont été constatées toutes les fois qu'on a enlevé une tumeur mélanique isolée sont dues peut-être à ce que l'ablation n'est pas assez large, et aux précautions insuffisantes prises pour éviter toute greffe au cours de l'opération. Les chirurgiens savent aujourd'hui combien il est nécessaire de ne pas faire pénétrer le bistouri dans des tissus épithéliomateux, sous peine d'avoir plus tard des récidives dans les tissus sains voisins de la tumeur enlevée. Il est probable qu'en suivant la même règle dans l'ablation d'une tumeur mélanique, les récidives seront évitées dans un grand nombre de cas.

Tuberculose cutanée chez un homme de 76 ans.

Par MM. Danlos et P. Bloch.

Le nommé G..., âgé de 76 ans, jardinier, entré le 13 septembre 1901, salle Bichat. Homme d'une constitution robuste, n'ayant aucun antécédent bacillaire ni syphilitique.

Présente un certain degré d'obésité.

Au sommet de la tête, calvitie en forme de tonsure (séborrhée arthritique).

Aurait eu une fièvre typhoïde à 18 ans.

Il y a trois ans, le malade aurait été soigné à Saint-Louis pour un eczéma généralisé qui dura quatre mois. Sorti de l'hôpital, il accusa des démangeaisons et peu de temps après une nouvelle poussée survint : l'éruption disparaissait sur un point pour reparaître sur un autre.

L'année dernière il fut soigné à Cazenave pour une dermatose siégeant sur les membres inférieurs et qui, d'après le malade, ressemblait à celle qu'il présente actuellement sur la poitrine.

État actuel. — Rien à la face.

Derrière l'oreille droite, au niveau du sillon rétro-auriculaire, surface rouge, suintante, eczématoïde, avec enduit croûteux et verdâtre ; cet état n'existe que depuis huit jours.

Sur le devant de la poitrine, éléments maculeux et papuleux semblables à des boutons d'acné réduits à leur base, de dimensions variables, les uns de la grosseur d'un grain de millet, les autres d'un petit pois, de teinte violacée, à circonférence squameuse par places ; les éléments les plus gros ont une surface croûteuse. En outre, on observe çà et là des cicatrices, ayant les dimensions des éléments précédents.

Près du mamelon gauche, il existe deux saillies furonculeuses, laissant sourdre par la pression de la substance bourbillonneuse.

Sur l'épaule gauche se trouvent des élevures plus volumineuses (pièce de 50 centimes), les unes nettement indurées sur tout leur pourtour, les autres présentant une surface plane et croûteuse qui laisse sourdre du séro-pus à la pression et offre après ablation des croûtes un aspect légèrement papillomateux.

Sur le bras gauche deux macules rougeâtres.

Sur le dos on remarque un grand nombre d'éléments papuleux et pustuleux qui semblent être trop plats pour n'être que de l'acné et qui ne seraient apparus que depuis trois ou quatre mois. Certains de ces éléments sont par leur volume de véritables tubercules. Çà et là on trouve des macules à contour irrégulier, des cicatrices bien planes, des verrues séniles.

A la partie interne des cuisses, il existe une surface rougeâtre, très humide, présentant des croûtelles verdâtres peu adhérentes. Cette surface est très irrégulière; elle est végétante par places et ces végétations sont violacées, mollasses. Tout ceci est d'ailleurs quelque peu déformé à la suite du traitement par l'acide lactique. Sous cette influence la surface est devenue moins végétante et présente une plus vive irritation locale.

A la partie postérieure de la cuisse gauche est une grosse plaque d'infiltration recouverte d'une croûte noirâtre et dont la superficie est violacée et se perd insensiblement sur le tissu sain environnant.

Sur les cuisses et les jambes on observe en outre une dizaine de cicatrices dont les dimensions sont celles d'une pièce de 1 franc à celles d'une pièce de 5 francs; elles sont planes et blanchâtres, elles ont des bords très pigmentés et rappellent tout à fait à première vue des cicatrices syphilitiques.

Pourtant les limites des cicatrices figurent un dessin moins régulier que les cicatrices vraies de la syphilis et de plus leur surface présente çà et là sur le fond blanc cicatriciel des saillies papuleuses constituant de véritables végétations brunes et pigmentées qui leur procurent un aspect très particulier.

Au niveau des plis génito-cruraux existe de l'intertrigo.

Une biopsie a été pratiquée au niveau de la partie interne de la cuisse gauche. M. Gastou donnera le résultat.

A première vue on pensait chez ce malade à la syphilis, à cause de l'auréole pigmentée des cicatrices; mais l'irrégularité de cette auréole; l'aspect spécial résultant de la présence de saillies papuleuses cicatricielles et pigmentées incluses dans l'aire de la cicatrice, présence que nous n'avons jamais observée dans les cicatrices syphilitiques légitimes, joints à l'absence d'antécédents, nous firent repousser ce diagnostic.

La syphilis rejetée, restait l'hypothèse d'une bacillose cutanée ou d'une affection de nature inconnue. Contre la tuberculose cutanée, maladie de sujets plutôt dégénérés, plaidait l'apparence vigoureuse de ce vieillard très bien conservé, obèse et musclé, sans trace de

tare organique. C'est pour trancher cette question que l'on a fait une biopsie. Le résultat de celle-ci : infiltration nodulaire avec cellules géantes périphériques, semble pourtant avoir tranché la question en faveur de la tuberculose.

Il ne nous a pas été donné de suivre l'évolution des éléments papillomateux de la cuisse, qui ont servi pour la biopsie.

Nous pensons toutefois qu'ils n'ont pas été différents à l'origine des éléments acnéiformes évoluant actuellement sur le thorax. Nous avons en effet pu constater sur l'épaule gauche la transition entre le bouton acnéique initial et la période papillomateuse. En somme, il paraît s'agir d'une tuberculose cutanée très étendue, à début acnéiforme, développée contre toute apparence chez un vieillard d'ailleurs admirablement conservé.

M. Gastou. — Une biopsie faite au niveau de la face interne des cuisses a montré ce qui suit :

1° Un épiderme irrégulier, peu épaissi, ayant conservé sa couche à éléidine, infiltré de cellules à noyaux allongés et présentant en un point une encoche comblée par des cellules à gros noyaux et à noyaux polynucléaires communiquant avec un amas de cellules analogues situé dans la région papillaire et le derme ;

2° Une infiltration sous-papillaire, par îlots, groupés autour de nombreux capillaires et formant des nodules constitués par des cellules mononucléaires à gros noyau entouré de peu de protoplasma.

Aux points où cette infiltration nodulaire en foyers atteint son plus grand développement, il existe des cellules géantes qui groupent autour d'elles les nodules.

Le long des vaisseaux qui pénètrent profondément dans le derme existent des manchons cellulaires. Mêmes foyers d'infiltration autour des glandes sudoripares à épithélium gonflé et desquamant et autour des nodules adipeux profonds.

3° Dans la profondeur du derme, épaississement très marqué de la couche élastique.

La coupe montre de gros vaisseaux dont l'endothélium est irrégulier et proliféré.

D'une façon générale tout le système vasculaire a subi une prolifération endothéliale irritative.

Si l'on rapproche ces différentes lésions anatomiques,

1° Lésions vasculaires endothéliales ;

2° Prolifération cellulaire et infiltration périvasculaire en traînées et en nodules ;

3° Présence de cellules géantes groupant autour d'elles les foyers d'infiltration ;

4° Altérations glandulaires,

On peut conclure à l'existence d'une tuberculose cutanée à forme torpide, à évolution chronique rentrant dans le groupe des tuberculides et dans la variété glandulaire de ces tuberculides.

Dermatose indéterminée, probablement sarcomatose ou mycosis.

Par MM. Danlos et P. Bloch.

M..., âgé de 27 ans, coiffeur, entré, le 30 août 1901, salle Bichat.

Ce malade est le même qui fut présenté à la Société en novembre 1900 par MM. Balzer et Alquier, comme atteint d'une tuberculide multiforme très étendue.

Il est sorti du service de M. Balzer en novembre 1900.

Aucune modification jusqu'en juillet 1901. A ce moment apparaissent sur la face de petites papules, disséminées un peu partout, sauf sur le nez. Elles grossissent jusqu'à devenir de véritables néoplasies.

En même temps, sur le thorax surviennent quelques nodules semblables.

Enfin, vers le mois d'août apparaît sur le nez une tumeur qui acquiert les dimensions d'un gros marron.

Il y a une dizaine de jours, ces différentes tumeurs étaient saillantes en même temps que dures. Mais il s'est produit à ce moment une poussée congestive, due peut-être à l'action du cacodylate de soude qu'il prit en ingestion à la dose quotidienne de 20 centigrammes pendant une douzaine de jours et qui a modifié un grand nombre de ces éléments.

État actuel. — Sur le cuir chevelu, dans la région temporale droite, petite plaque érythémateuse et squameuse, non infiltrée, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. A la lisière du cuir chevelu vers la nuque, éléments en nappe de teinte jambonnée, à surface grenue, à consistance molle.

Sur la nuque, même tubercule, très saillant, lisse, de consistance fibreuse, jaune rougeâtre, de la grosseur d'une noisette, et cicatrices des éléments molluscoïdes excisés l'année dernière.

Sur l'oreille droite, gonflement et rougeur de l'hélix, nodules d'aspect lupique assez mous et peu saillants sur le bord supérieur. État squameux du lobule.

Derrière l'oreille droite, néoplasie allongée en une bande de 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large, très congestionnée, très molle et chagrinée, mais qui à l'entrée du malade était jaunâtre et dure.

Oreille gauche congestionnée, érythémato-squameuse.

Sur le front, 5 néoplasies des dimensions d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, très rougeâtres, assez molles. Petites papules rougeâtres disséminées.

Sur les joues, nodules volumineux qui, depuis la poussée congestive, se sont affaissés, au milieu d'une zone érythémateuse légèrement suintante et squameuse. Les bords de ces nodules sont actuellement irréguliers. Certains, quoique mous et grenus, ont conservé leur saillie primitive. L'un d'eux est rouge vif et a une surface lisse.

Sur le nez, très élargi dans sa moitié supérieure, infiltration néoplasique en nappe, faisant une saillie à bords nets de 5 à 6 millimètres de hauteur, couvrant le dos du nez et une partie de ses faces latérales jusque vers le milieu de sa hauteur. La surface en est télangiectasique. Le palper dénote peut-être une hyperostose sous-jacente.

Sur la poitrine, éléments plus rares, de grosseur variable, actuellement

aplatis et rugueux; un ou deux ont conservé la saillie, la dureté, l'état lisse et la couleur cuivrée primitifs (aspect sarcomateux).

Sur le dos, quelques nodules assez volumineux présentant toujours les mêmes caractères.

Sur les membres supérieurs les éléments sont moins saillants et moins considérables, du moins pour la plupart : papules lichénoïdes, lisses ou squameuses ou croûteuses, petites tumeurs rougeâtres et squameuses; l'une d'elles, située sur le bras gauche près de l'attache du deltoïde, fait songer au *mycosis*. Surface eczématisée aux coudes.

Toujours des éléments de molluscum pendulum au-devant des aisselles. Çà et là, cicatrices ayant succédé à des nodules disparus *par résorption atrophique*.

Sur les fesses, érythème diffus sur lequel tranchent des taches plus foncées, des papules squameuses ou excoriées. Il y a un mois, la surface fut très enflammée, très suintante à la suite d'applications de pommade à l'ichtyol.

Sur les membres inférieurs, éléments très cohérents : macules rougeâtres, papules dont l'aspect ressemble à celui de l'acné cachectique et qui sont pour la plupart squameuses ou croûteuses, nodules de grosseur variable, assez mous. Au-devant des rotules, surface rouge, squameuse, avec tubercules rugueux et irréguliers. Cicatrices d'anciens nodules disparus par atrophie, D'une manière générale, au dire du malade, l'affection a régressé sur les membres inférieurs en même temps qu'elle s'étendait sur le tronc et la figure.

L'aspect actuel et l'évolution ne nous semblent pas devoir confirmer le diagnostic de tuberculide porté l'an dernier avec réserve, d'ailleurs, par MM. Balzer et Alquier. L'apparence n'est pas celle d'une tuberculose cutanée vraie et l'hypothèse d'une tuberculide par toxine ne nous paraît guère soutenable. Pour fournir la tuberculine nécessaire à l'évolution de nodules aussi multiples, il faudrait un foyer bacillaire. Or l'auscultation et les signes rationnels n'indiquent rien de semblable et l'état général est excellent. Il nous semble que l'hypothèse d'une sarcomatose ou d'un mycosis à évolution un peu anormale cadrerait mieux avec l'apparence actuelle du malade. Pensant qu'une biopsie pourrait peut-être trancher la question, nous avons prié M. le Dr Gastou d'exciser un des nodules. On verra ultérieurement le résultat de cet examen. Nous nous contenterons ici d'appeler l'attention sur la transformation subie par les éléments du tronc et de la tête quelques jours avant la présentation. Ces nodules primitivement durs et élastiques, de consistance sarcomateuse, se sont très rapidement vascularisés en diminuant de consistance. Le malade a ressenti en même temps un peu de malaise et de fatigue, avec état légèrement saburral. Nous avons malheureusement négligé de rechercher s'il y a eu simultanément de la fièvre. Cette poussée de vascularisation et de ramollissement, dont les effets étaient encore sensibles au moment de la présentation, a-t-elle

été spontanée ? Il est difficile de répondre à cette question ; peut-être la médication cacodylique par ingestion digestive n'y a-t-elle pas été étrangère. Du moins avons-nous gardé le souvenir d'une malade atteinte de mycosis fongoïde chez laquelle l'acide cacodylique aux mêmes doses nous a paru exercer un effet semblable. Ajoutons aussi, ce qui n'est pas dit dans l'observation, que ce souvenir nous a fait supprimer le cacodylate de soude dès le début de la poussée.

M. Gastou. — Les coupes d'une néoplasie du bras d'apparence molle montrent deux parties tout à fait dissemblables.

1° Au centre, des amas de cellules formant comme un énorme foyer d'infiltration en masses, au niveau duquel l'épiderme est très atrophié. Dans cette masse, un faible grossissement ne montre pas de vaisseaux très apparents, mais indique déjà que la constitution n'est pas homogène.

A l'immersion, l'épiderme a conservé sa couche de cellules à kératine, mais la plupart des cellules sont cavitaires avec leur noyau refoulé à la périphérie. Sous la couche épidermique, très atrophiée, la région papillaire a complètement disparu ; on voit en ce point des vaisseaux à peine indiqués par une paroi linéaire conjonctive tapissée d'endothélium plat. Ces vaisseaux sont confondus, étouffés, par l'abondance des cellules, groupées et tassées sous deux aspects différents formant des amas, des nodules ou des traînées placées côte à côte.

Des cellules à noyau mononucléaires du type leucocyte d'infiltration, ou du type plasmatique (plasmazellen) d'infiltration. Des cellules volumineuses, géantes, à protoplasma très abondant, à très gros noyaux, épithélioïdes d'aspect, analogues aux cellules rencontrées dans certains épithéliomas.

Dans leur protoplasma, il existe comme des amas tantôt granuleux, tantôt hyalins.

L'ensemble de cette masse d'infiltration donnerait l'apparence générale d'un sarcome dans lequel se développeraient des boyaux d'épithélioma.

1° Sur les parties latérales de l'amas central et l'encadrant en quelque sorte, existe un tissu fibro-élastique, irrégulier, à mailles et à lacunes, dans lesquelles sont quelques rares cellules et des vaisseaux. Au niveau de ces parties, l'épiderme est plus épais et présente des digitations.

3° Enfin dans les parties les plus profondes existent en abondance des glandes sudoripares qui paraissent comme proliférées, tellement leurs acini sont nombreux, tuméfiés en même temps que leur endothélium est volumineux et desquamé : le tout donnant l'aspect d'un adénome.

En résumé, la nature de la lésion est mixte, tenant à la fois d'un tissu inflammatoire riche en cellules, du type muqueux, et d'un tissu à prolifération conjonctive intense du type embryonnaire sarcomateux, contenant en outre de nombreuses inclusions épithélioïdes : néoplasie mixte de nature maligne.

M. Darier. — D'après l'examen des coupes histologiques de M. Gastou, je crois qu'il s'agit de la lésion appelée, par Boeck, sarcoïde. Lors du

dernier Congrès de dermatologie, j'ai pu étudier les préparations histologiques présentées par M. Boeck ; elles révèlent une infiltration des tissus par des éléments sarcoïdes avec cellules géantes et qui ont une disposition et une orientation spéciales sur lesquelles je ne veux pas insister. M. Boeck et moi, nous accordons à considérer ce qu'il appelle *sarcoïde* comme identique à ce que j'ai décrit sous le nom de *tuberculide nodulaire*. J'en possède trois ou quatre observations avec biopsie. Nous ne savons pas si ce sont des tumeurs infectieuses ou une variété de sarcomes.

Note sur le traitement du lupus érythémateux par des applications de radium.

Par MM. Danlos et P. Bloch.

Le 2 mars 1896, M. H. Becquerel, dans une communication à l'Institut, indiquait que tous les sels d'uranium et l'uranium métallique émettent, sans cause excitatrice et d'une manière incessante, un rayonnement qui traverse les corps opaques pour la lumière et impressionne les plaques photographiques. L'étude de ces rayons, dits aussi rayons uraniques ou rayons de Becquerel, a été l'origine de recherches fécondes sur les métaux radio-actifs. Mme Curie reconnut d'abord que certains minerais d'uranium étaient plus actifs que l'uranium métallique et en conclut qu'il devait exister des corps inconnus doués d'un pouvoir radiant supérieur. Cette constatation a servi de base aux magnifiques travaux qui ont conduit M. et Mme Curie à la découverte du polonium et du radium et M. Debierne à celle de l'actinium.

Dans le cours de leurs études sur ces produits nouveaux et en particulier sur le radium, M. Becquerel, M. et Mme Curie ont constaté à leurs dépens que l'activité des corps radio-actifs ne se limitait pas au monde inorganique ; mais pouvait déterminer sur les tissus vivants et à distance des lésions de tout point comparables à celles que provoque l'emploi trop intensif des rayons de Röntgen. Cette remarque leur a fait supposer que l'action physiologique des radiations émanées des nouveaux corps pourrait peut-être avec avantage être essayée en thérapeutique.

Grâce à l'obligeance de M. Besnier, nous avons pu tenter ces essais. Nos recherches sont encore trop incomplètes pour en indiquer les résultats généraux. Nous nous bornerons aujourd'hui à dire ce que nous avons obtenu dans le lupus érythémateux. La substance qui nous avait été confiée par M. Curie était une poudre blanchâtre (chlorure de baryum contenant une petite quantité de chlorure de radium) et incluse dans de petits sachets plats imperméables de caoutchouc ou de celluloïd. L'épaisseur de la masse était de deux à trois millimètres ; son activité radiante variait suivant les sachets

de 1000 à 5200, celle de l'uranium métallique étant prise pour unité.

Appliqués sur la peau saine et maintenus en contact avec elle par une bande, pendant un temps variable de vingt-quatre à quarante-huit heures, ces sachets n'occasionnent tout d'abord aucune souffrance et, quand on les retire, la peau au-dessous d'eux paraît simplement un peu plus rouge. Cette rougeur persiste ou s'atténue pendant cinq à dix jours; bientôt suivie, avec ou sans phlyctène flasque, d'une excoriation assez longue à guérir. Avec des intensités plus grandes les lésions seraient certainement plus profondes et on arriverait très probablement au sphacèle. Avec les éléments mis à notre disposition l'action n'a jamais été aussi vive.

Parmi les quelques malades atteints de lupus érythémateux que nous avons soumis à ce traitement, deux seuls n'ont pas été perdus de vue.

L'un d'eux, Tr..., était atteint d'un lupus érythémateux datant d'une dizaine d'années, infructueusement traité déjà à Saint-Louis par nous et par d'autres. Le lupus envahissait la totalité de la face, les oreilles et la partie adjacente du cou. Les mains et les poignets étaient pris dans toute l'étendue de leur face dorsale. En aucun point, il n'y avait de tendance atrophique cicatricielle. Au mois de juin dernier, trois applications de la plaque d'activité 5200 ont été faites sur le dos du poignet gauche (vingt-quatre heures), sur l'annulaire droit (quarante-huit heures), sur le dos de la main droite (cinquante-quatre heures). Ces applications ont eu lieu au mois de juin et ont été suivies des phénomènes réactionnels indiqués plus haut. Aujourd'hui, l'on peut voir que le lupus a conservé partout son état primitif, sauf sur les régions traitées par le radium. Celles-ci se dessinent sur le fond rouge comme des îlots blancs lisses unis, et cet état se maintient depuis trois mois.

Cette guérison partielle sera-t-elle permanente ? Il serait prématuré de répondre par l'affirmation ; mais nous croyons qu'aucun autre moyen n'aurait aussi simplement amené le même résultat. Pour y parvenir il aurait fallu de nombreuses séances de photothérapie, et ce qui nous permet de l'affirmer, c'est le cas de notre deuxième malade.

B..., infirmière à Saint-Louis, est atteinte depuis vingt ans d'un lupus érythémateux qui, malgré des traitements variés prescrits par Vidal, Besnier, Brocq, Danlos, etc., n'a cessé de faire des progrès. Désespérée de l'impuissance de la thérapeutique, B... avait cessé tout traitement et nous répétait souvent (ce sont ses expressions textuelles) que son *lupus était moins méchant depuis qu'on ne le tourmentait plus*. La maladie occupait d'une manière presque symétrique les deux moitiés de la figure. A la suite des heureux résultats obtenus par la méthode de Finsen, B... résolut toutefois de faire une nouvelle tentative. Il fut convenu que l'on traiterait

l'un des côtés de la figure par la photothérapie, l'autre par des applications de radium. Aujourd'hui ont eu lieu *cent dix séances* de photothérapie sur le côté droit de la face, et *cinq applications de radium* sur le côté gauche. La plaque d'intensité 5 200 est restée en contact avec différents points de la surface malade, 24, 39, 39, 40 et 63 heures. Au cours de ces applications, le sachet contenant la poudre s'est perforé et pendant les deux dernières séances une partie notable de la substance radiante s'était perdue. Malgré ces conditions défavorables, le contraste est manifeste. Aujourd'hui, les deux moitiés de la face, qui étaient, au début de l'expérience, sensiblement dans le même état, sont d'aspect très différent; le côté radium est beaucoup plus modifié que le côté lumière.

Ces essais seront continués par nous et étendus à d'autres cas de lupus érythémateux et à d'autres dermatoses; nous en ferons ultérieurement connaître le résultat. Aujourd'hui nous nous bornerons à dire que provisoirement l'emploi du radium paraît avoir sur la photothérapie appliquée au lupus érythémateux trois avantages : activité, simplicité, innocuité : *activité*, cela résulte de la comparaison précédente ; *simplicité*, puisqu'il s'agit de placer sur la peau un petit sachet maintenu par une bande ; *innocuité* parce que le radium ne détermine pas après l'application une réaction douloureuse comme fait d'ordinaire le traitement photothérapique.

Seconde note sur un cas de sclérodermie non spontanée consécutive à l'action des rayons X et apparue six mois après la dernière application röntgénienne.

Par M. Barthélemy.

Il s'agit de la même malade qui a été traitée et présentée ici, d'abord par M. Fournier, ensuite par M. Du Castel, au mois de janvier 1901. On peut voir au musée de l'hôpital Saint-Louis le moulage n° 2145, datant de la même époque et montrant le début de la lésion.

Aujourd'hui, l'ulcération est guérie et les zones blanches lardacées ont repris leur coloration normale et la circulation physiologique. Mais le derme du sein reste toujours remarquablement dur et épaissi et donne la sensation d'une véritable cuirasse, s'étendant bien au delà de la petite cicatrice centrale et ayant l'étendue de la main. En même temps, on constate la présence à la périphérie d'une véritable *télangiectasie*, disposée en petites sinuosités tout autour du sein. Cet aspect, que j'ai rendu définitif, grâce à cette belle photographie, aquarellée par M. Méheux, est celui de véritables troubles trophiques avec prédominance sur les capillaires, qui resteront vraisemblablement définitifs. On a donc sous les yeux une sorte de sclérodermie expérimentale, nullement progressive, qui a été réalisée dans certaines conditions par l'action des rayons X

dans l'espace de quelques minutes. Nous préparons d'ailleurs, au sujet des troubles cutanés dus aux rayons X, notre collègue Oudin et moi, un mémoire établissant les conditions de production de ces phénomènes.

Sycosis non parasitaire traité par la méthode des scarifications.

Par M. Dumont.

Je n'ai pas la prétention d'avoir innové. Le traitement du sycosis par les scarifications est connu depuis longtemps. L'observation suivante n'apprendra donc rien à personne.

Toutefois, il me semble qu'elle peut offrir un certain intérêt, en raison de la rapidité du processus de guérison. Sans vouloir tabler sur cette unique observation, je crois pouvoir, en m'inspirant de certains faits concordants, établir que la méthode de Vidal reste le traitement de choix de la plupart des dermatoses inflammatoires d'origine glandulaire ou folliculaire, aiguës ou chroniques (acné, furoncles, sycosis), tant par la fidélité que la rapidité de ses résultats :

Voici le résumé de l'observation :

Pr..., sabotier, âgé de 44 ans, marié, père de deux enfants, ne portant pas la barbe d'ordinaire, est atteint depuis huit mois environ (à la date du 1er août), d'une affection des régions pilaires de la face ainsi constituée :

Au niveau, 1° du maxillaire inférieur *droit*, au-dessus et au-dessous, 2° du menton, 3° de la région sus-hyoïdienne, on constate la présence de nodosités inflammatoires, au nombre d'une vingtaine environ. Du côté gauche, dans la région correspondante, on n'observe que quatre ou cinq nodosités spacées, peu volumineuses. La moustache est restée indemne.

Ces nodosités sont d'un volume variant de celui d'un petit pois à celui d'une grosse amande ; d'une forme analogue à ces deux termes de comparaison, les plus petites sont acuminées, la pointe formée par une vésicule ou une vésico-pustule engainant un ou plusieurs poils de barbe : les plus grosses sont également surmontées de vésico-pustules isolées ou confluentes engainant des poils. Ces nodules sont d'une coloration franchement rouge, se confondant insensiblement avec celle de la peau avoisinante qui a sa coloration et son aspect normaux (à part quelques petites plaques érythémato-desquamatives). Leur consistance est très ferme, dure ; la palpation est très douloureuse : le malade accuse même, surtout dans les nodules les plus volumineux, une douleur spontanée, sourde, presque continuelle, fort pénible. Par la pression on fait sourdre des vésico-pustules un pus assez bien lié, peu abondant du reste.

Les poils engainés dans les nodules sont plus courts, plus grêles que les poils normaux ; ils s'arrachent aisément, mais sans se casser. Des examens microscopiques répétés ne m'ont jamais décelé la moindre infiltration tri-

chophytique : au niveau du bulbe et dans la gaine on trouve seulement un grand nombre de microbes vulgaires.

Pour en finir avec cette description, je dois dire qu'en dehors des régions malades, on trouve certains poils engainés à leur base par des squames épidermiques recouvrant une aréole érythémateuse, foyers de sycosis naissants, probablement.

Le traitement de cette affection avait consisté jusqu'au 1er août 1901, — pendant 8 mois — en applications de topiques émollients et antiseptiques.

Mais les lésions ont continué de progresser ; les nodules qui s'affaissaient ou disparaissaient étant remplacés par d'autres plus nombreux et plus volumineux.

Le 1er août. Traitement par les scarifications. Après anesthésie relative des divers nodules au moyen d'un badigeonnage de solution alcoolique de menthol et de gaïacol, je les attaque hardiment et aussi profondément que possible sur toute leur étendue et même un peu au delà au moyen de scarifications parallèles, distantes d'un à deux millimètres ; puis je reprends la même opération suivant une ligne perpendiculaire à la première. Le tissu des nodules est très dur à inciser, et malgré l'anesthésie des couches superficielles de la peau, l'opération demeure douloureuse.

Chaque nodule est ainsi scarifié à tour de rôle.

L'écoulement sanguin, assez abondant est absorbé au moyen de gaze salolée. Puis le malade applique sur toute la surface opérée un cataplasme de fécule préparé à l'eau bouillie phéniquée, renouvelé matin et soir. (Je dois dire que j'appris au malade à s'épiler ; ce qu'il fit incomplètement du reste.)

Les séances de scarifications furent espacées de trois à quatre jours, en moyenne *deux* par semaine.

Dès la première, le malade se sentit réellement soulagé ; la douleur sourde spontanée disparut ; la palpation devint moins douloureuse. Les séances de scarifications furent de mieux en mieux supportées.

On constata rapidement la diminution des nodules, surtout des plus gros qui disparurent complètement après cinq séances, laissant à leur place une surface rougeâtre, parfaitement souple et indolore. Les quatre dernières séances furent consacrées à la destruction des petits nodules, plus tenaces que les gros et du reste un peu moins vigoureusement attaqués dès le début.

Le 5 septembre la guérison peut être considérée comme acquise. Il ne reste plus un seul nodule ; à leur place, une peau parfaitement souple, un peu rouge encore, marbrée de plaques blanchâtres par le fait de l'épilation. Le malade fait chaque jour sur les régions les plus colorées une onction légère avec de la vaseline au sublimé et ailleurs il applique seulement un peu de poudre d'amidon.

Le 20 septembre la guérison est complète ; à la place des nodules folliculaires on ne voit plus qu'une fort légère rougeur de la peau ; les poils commencent à repousser.

Je me permets de faire suivre cette observation de quelques réflexions sommaires. Ainsi que je l'ai déclaré plus haut, la méthode

de Vidal me semble être la méthode de choix pour toutes les dermatoses d'origine glandulaire ou folliculaire, à la condition de la combiner avec des applications antiseptiques émollientes suivant les cas. Pour les furoncles — sauf bien entendu à la période terminale, où un pareil traitement n'aurait pas de raison d'être, — j'obtiens en deux ou trois jours au plus une guérison parfaite, bien plus sûre qu'avec tout autre traitement, même la levure de bière. Pour l'acné furonculeuse et hypertrophique, c'est encore le procédé le plus généralement employé.

En ce qui concerne le sycosis, surtout le non parasitaire, il semble devoir être également le plus sûr et le plus rapide, quoique son emploi ne soit pas très répandu.

Qu'est-ce qui constitue en effet le gros écueil de tous les traitements de ces dermatoses spéciales, c'est la difficulté, pour mieux dire l'impossibilité où l'on se trouve d'exercer la moindre action thérapeutique sur la lésion et sur sa cause. Quelque pénétrant, quelque diffusible que soit le topique mis en usage, il se heurte fatalement à la barrière impénétrable que constitue l'épiderme.

Par les scarifications combinées avec les applications d'antiseptiques, on réussit à franchir l'obstacle et à exercer l'action médicamenteuse nécessaire.

On obtient alors :

1° La rétrocession du processus inflammatoire par suite de la décongestion locale, de la destruction des capillaires néoformés ou gorgés de leucocytes, et de la chasse salutaire des microbes et de leurs toxines que réalise l'évacuation sanguine.

Et 2° la suppression de la cause, résultant de la destruction des microbes et de la neutralisation de leurs toxines au moyen des topiques appropriés.

En un mot, l'avantage inappréciable du procédé est de permettre la solution d'une double difficulté : disparition du nodule inflammatoire, et destruction des microbes et de leurs toxines : on supprime la cause en même temps qu'on détruit les effets.

Il y a dans ce point localisé de thérapeutique spéciale autre chose qu'une trouvaille heureuse; il y a une véritable méthode susceptible d'applications multiples et variées.

Emploi du cacodylate de soude dans la lèpre.

Par M. L. Raynaud.

Pendant les vacances scolaires dernières, ayant été chargé de remplacer M. le professeur Gemy à l'hôpital de Mustapha, j'ai eu à soigner un certain nombre de lépreux, d'origine espagnole. Quel-

ques-uns présentaient des lésions ulcéreuses très graves, que le traitement ordinaire, l'hygiène, la nourriture abondante, les pansements ne pouvaient enrayer. L'huile de chaulmoogra, bien supportée l'hiver, n'était plus tolérée dans la saison chaude. J'ai eu alors l'idée de m'adresser à un médicament reconstituant par excellence, le cacodylate de soude.

Je résume ci-dessous les observations des six malades que j'ai soumis à cette médication. Je dois dire tout d'abord que les sujets traités étaient des lépreux avérés; le bacille de Hansen a été découvert dans chacun des cas, sauf chez le n° III.

Observation I. — *Lèpre tuberculeuse.* — P. J..., 25 ans, né à Zobia (Espagne), entré pour la troisième fois salle Hardy, le 11 juin 1901; présente à la jambe gauche un ulcère phagédénique datant de 6 mois, il est dans un état cachectique très avancé, et pèse 46 kilog. 500. En juillet, l'ulcération s'étend, se creuse; la plaie, qui siégeait sur la face antérieure de la jambe et mesurait d'abord 5 centimètres de diamètre, fait le tour complet de celle-ci, et à la face postérieure atteint une longueur de 20 centimètres; les tissus sont sphacélés, les muscles et les os à nu, la cachexie devient extrême. Il n'y a pas d'albumine. L'ichtyol, à la dose de 2 à 5 grammes par jour, ne donne aucun résultat, le chaulmoogra est rejeté.

Le 11 juillet, on panse la plaie à la poudre de charbon, camphre et quinquina, et on pratique des injections de cacodylate de soude à la dose de 5 centigrammes depuis ce jour jusqu'au 11 août sans interruption; à cette date elles sont portées à 10 centigrammes. Le 21 août, l'amélioration étant considérable, on suspend le traitement cacodylique; l'emplâtre à l'ichtyol remplace les 3 poudres comme pansement. Pas d'albumine dans les urines.

Le 8 septembre la cicatrisation de l'ulcère est achevée; le malade pèse 48 kilogrammes; il sort sur sa demande.

Obs. II. — *Lèpre tuberculeuse.* — M. J..., 36 ans, né à Tarena (Espagne); avait pris sans succès depuis quelques mois du chaulmoogra et de l'ichtyol, il présentait, outre des tubercules disséminés sur tout le corps, une ulcération de 5 centigrammes de long à la face antérieure de la jambe droite. Traces d'albumine dans les urines.

Du 1er au 11 août, injection quotidienne de 5 centigrammes de cacodylate; du 11 au 28, injections de 10 centigrammes. On avait oublié de peser le malade, de sorte qu'il est difficile d'apprécier exactement le résultat du traitement; mais l'état général était certainement amélioré; la plaie par contre n'avait pas fait grands progrès vers la cicatrisation. Les urines contenaient toujours quelques traces d'albumine.

Un érysipèle de la face survenant le 30 août, fit évacuer le malade sur le service des isolés; il en revint le 21 septembre, méconnaissable, maigri d'un bon tiers, ayant des lésions ouvertes et une nouvelle poussée de tubercules sur tout le corps. État comateux, 12 grammes d'albumine par litre. L'infirmier pratiqua avant la visite, le 21 et le 22, une injection de cacodylate à 5 centigrammes; je fis cesser ce traitement en présence de la quantité considérable d'albumine, qui depuis cette époque oscille de 8 à 16 grammes.

Pansement des ulcérations à l'ichtyol, régime lacté. Le lait n'est pas toujours bien toléré, mais l'albumine ne paraît pas avoir été augmentée. A l'heure actuelle (20 octobre) le malade, qui semblait à l'agonie, se remet lentement.

Obs. III. — *Lèpre systématisée nerveuse.* — P. D..., 40 ans, née à Almonica (Grenade). Lésions : léprome du nez, éléphantiasis de la vulve, tubercule du méat urinaire, anesthésie de l'extrémité des membres ; troubles gastro-intestinaux. 5 juillet. Poids, 48 kilogrammes : Traitement du 18 juillet au 12 août, 1 gramme de chaulmoogra en lavement ; du 12 au 4 septembre, injection quotidienne de 5 centigrammes de cacodylate.

Tandis que l'œdème des lèvres, les douleurs dans le nez et les difficultés de la miction persistent, l'état général se relève ; le poids est de 49 kilogr. 500. La malade sort.

Elle rentre le 23 septembre, n'ayant pas suivi de traitement ; un phlegmon de la main est survenu ; elle pèse alors 46 kilogr. 500.

Obs. IV. — *Lèpre tuberculeuse.* — A. J..., 36 ans, né à Tivenys (Tarragone). Quatrième entrée le 9 août 1901, avec une ulcération du gros orteil droit, et de l'iritis de l'œil gauche. Poids, 54 kilogr. 400. Il reçoit du 10 au 15 une injection quotidienne de 5 centigrammes de cacodylate, et du 15 au 29 une injection de 10 centigrammes.

L'iritis cède rapidement ; le traitement, interrompu en septembre, est repris à la dose de 5 centigrammes du 1er octobre au 9. Le 11, le malade pèse 62 kilogr. 500, une phalange du gros orteil s'est éliminée, la plaie est cicatrisée. État général très bon.

Obs. V. — *Lèpre tuberculeuse.* — O. V..., 41 ans, né à Teulade (Alicante), entré le 21 août. Lésions ouvertes des deux jambes ; sur les deux tibias, ulcérations de la dimension de la paume de la main ; phlegmon de l'index droit, iritis double.

Poids, 54 kilogrammes. Du 13 août au 20, injections de 10 centigrammes ; du 20 au 29, injection de 10 centigrammes de cacodylate.

Sortie le 23 septembre, toutes lésions cicatrisées, état général excellent ; poids, 54 kilogr. 500.

Obs. VI. — *Lèpre sysmatisée nerveuse.* — P. F..., 35 ans, entre le 7 août 1901 pour malaria et ulcérations lépreuses des mains et des pieds (griffe, atrophie des muscles, anesthésie, etc.) ; malade très cachectisé ; pas d'albumine.

Numération des globules : rouges, 2 200 000 ; blancs, 60 000.

Traitement : chlorure de quinine ; 1 gramme pendant 3 jours, injection de cacodylate, 5 centigrammes du 16 au 19 août, et 10 centigrammes du 19 au 30. Une légère diarrhée a fait suspendre les injections pendant 2 jours.

Le 5 septembre, les plaies sont en voie de cicatrisation ; le 30, toutes sont guéries sauf un mal perforant qui, quoique amélioré, persiste sous le pied droit. L'engraissement a été rapide, le malade, qui n'a pas été pesé au début, pèse actuellement 64 kilogr. 500 ; on estime à 8 à 10 kilogrammes environ l'augmentation de poids acquise.

Réflexions. — Ce qui frappe le plus, dans ces observations, c'est le relèvement rapide de l'état général, la disparition des symptômes de cachexie et l'augmentation du poids se constatant dans tous les

cas. Cette augmentation a été de 900 grammes (obs. V), de 1 500 grammes (obs. I et III) ; de 7 kilogr. 900 (obs. IV) et de 8 à 10 kilogrammes (obs. VI) ; elle s'est produite en un laps de temps variant de quarante à soixante jours.

En même temps que les malades sentaient leurs forces et leur santé générale s'améliorer, les ulcérations et les lépromes se cicatrisaient ou s'affaissaient avec rapidité. C'est surtout dans l'observation I, IV, V, VI, que fut remarquable l'effet du cacodylate sur les lésions cutanées ; il a été moins marqué dans l'observation II, et dans l'observation III les piqûres n'ont pas apporté de modification dans l'état local.

Les injections ont pu être continuées sans interruption pendant un assez long temps sans déterminer d'intolérance ; ainsi le n° I a eu un mois de cacodylate à 5 centigrammes, puis dix jours à 10 centigrammes, sans en être incommodé ; le n° II, malgré des traces d'albumine dans ses urines, a une première fois reçu 11 doses de 5 centigrammes, puis 17 de 10 centigrammes sans que l'albumine ait augmenté. Plus tard, à la suite d'une atteinte d'érysipèle et d'une nouvelle poussée lépreuse, ses urines continrent 12 grammes d'albumine par litre, et 2 injections de 5 centigrammes de cacodylate ne semblèrent pas influer sur la lésion rénale.

Le n° VI a eu deux jours de diarrhée pendant lesquels j'ai fait par prudence suspendre le traitement, mais de nouvelles doses n'ont pas provoqué de flux intestinal (1).

En résumé, sur 6 cas traités par le cacodylate, j'ai obtenu 4 cicatrisations rapides de lésions ouvertes, et même d'ulcères phagédéniques, et dans toutes les observations l'état général s'est relevé, le poids a augmenté.

Je ne veux pas présenter cet agent thérapeutique comme un spécifique de la lèpre, mais j'estime qu'il peut rendre de signalés services dans une affection contre laquelle on est peu armé. Les huiles et les opiats, qui entre toutes les mains ont donné d'excellents résultats, ne sont pas toujours tolérés par la muqueuse gastrique ou rectale ; il me semble que la méthode des injections cacodyliques utilisée déjà dans certaines dermatoses (Danlos, Saalfeld), mais pas encore, que je sache, dans la lèpre, ne doive pas être négligée dans le traitement de cette dernière affection.

(1) Je note en passant que les accès malariens ont été en même temps enrayés.

Où se prennent les maladies vénériennes.

Par M. Ch. Audry.

On sait que de vives discussions sont engagées au sujet des sources des différentes infections vénériennes. D'une manière générale, les documents un peu précis font tout à fait défaut.

Afin d'être édifié, au moins en ce qui touche la région toulousaine, nous avons interrogé les 100 derniers hommes vénériens qui se sont présentés à la clinique. La plupart du temps, ils ont répondu avec la meilleure volonté, et voici ce qui résulte des renseignements qu'ils ont fournis. Le total comprenait

63 blennorragies,
3 chancres simples,
34 syphilis.

Là-dessus, 4 blennorragies doivent être considérées comme d'origine indéterminable ; de même pour une syphilis ; 2 fois, il s'est agi de syphilis congénitale ; une fois de syphilis consécutive à l'allaitement.

Il reste 59 blennorragies,
3 chancres simples,
32 syphilis.

Là-dessus 6 blennorragies, 1 chancre simple et 5 syphilis avaient été contractés hors de Toulouse. Parmi les blennorragies, 3 avaient été prises dans des bordels de petites villes ; les 3 autres dans des cafés ; 2 syphilis sur 5 au bordel.

Si maintenant nous examinons la « flore » toulousaine, nous voyons que la prostitution libre, non surveillée, réclame :

37 chaudepisses
et 15 syphilis.

La provenance exacte en est variée. Parmi les blennorragies, 7 ont été puisées dans le personnel familier au trottoir d'une seule rue très mal famée, sans qu'on ait pu savoir exactement si, oui ou non, ces femmes faisaient partie du personnel surveillé ; nous les avons cependant considérées comme appartenant à la prostitution libre. Même réflexion pour 2 syphilis ; 2 autres prises avec des bonnes de café louche ; une, paraît-il, en légitime mariage ; une autre d'origine sodomique.

Quant à la prostitution surveillée, elle a fourni :

18 blennorragies,
2 chancres simples,
8 syphilis.

Des blennorragies, 9 ont été contractées au bordel ; les autres avec des femmes en carte.

Les 2 chancres simples au même bordel.

Des 8 syphilis, 7 au bordel, la huitième fut contractée auprès d'une fille sortie d'une maison parce qu'elle était trop jeune.

Au total, sur 100 cas de maladies vénériennes :

5 p. 100 cas d'origine inconnue ;
2 p. 100 d'origine extra-génitale ;
59 p. 100 puisées dans la prostitution libre ou douteuse ;
34 p. 100 dans la prostitution surveillée.

Ma conclusion est que : Si la surveillance médicale n'était pas outillée et exercée d'une manière illusoire, 25 p. 100 au moins du total de ces infections auraient pu être évitées. Si les règlements étaient appliqués, si une surveillance médicale *effective* était étendue dans les seules limites du possible, cette économie pourrait être portée à 50 p. 100, et cela, sans qu'il soit nécessaire de prendre une seule mesure nouvelle, et sans qu'il y ait lieu de recourir à la moindre rigueur dans l'application des règlements existants.

Le secrétaire :

L. Brodier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 21 novembre 1899.

Prophylaxie de la syphilis par le traitement.

A. Fournier montre que les mesures administratives qui constituent actuellement notre unique sauvegarde contre la syphilis et les maladies vénériennes sont d'une insuffisance absolue. Comme elles réalisent le peu de bien qu'il leur est permis de réaliser, il convient de les conserver, mais il faut chercher à mieux faire. Des éléments sérieux de prophylaxie pourraient être fournis par un ensemble de mesures d'ordre médical ayant pour objectif la stérilisation de la syphilis, quant à ses dangers pour autrui.

Le traitement de la syphilis ne doit pas se faire dans les hôpitaux, mais dans des consultations externes, ou mieux des dispensaires rattachés aux hôpitaux, dispensaires multiples, méthodiquement répartis dans les divers quartiers, fonctionnant à des jours et à des heures propices aux malades, avec distribution gratuite de médicaments, offrant à chaque malade avec son ordonnance une instruction élémentaire propre à l'éclairer sur les dangers de la syphilis pour lui-même et pour autrui. Ces consultations, dans lesquelles les malades devraient être examinés individuellement, constitueraient un service exclusif de tout autre, confié aux médecins titulaires des hôpitaux, recrutés par concours spéciaux et formant un service médical autonome, comme celui des accoucheurs des hôpitaux. En résumé, il conviendrait que, dans cette organisation, tout convergeât, comme ensemble et comme détails, vers l'objectif de la prophylaxie dérivant de moyens d'ordre médical.

Séance du 26 décembre 1899.

Épithéliomes sébacés multiples.

Lumière et Bérard rapportent l'observation d'un homme de 65 ans, atteint depuis 40 ans d'épithéliomas primitifs, multiples, des glandes sébacées de la tête, du tronc et des membres. Le malade a subi, depuis 9 ans, plusieurs opérations partielles destinées à le débarrasser des tumeurs qui le gênaient le plus par leur volume. Ces interventions, même incomplètes, n'ont jamais donné lieu à des récidives locales ou à des généralisations à distance.

Séance du 3 juillet 1900.

Note sur un cas de syphilis de l'intestin.

Lereboullet a observé un homme de 34 ans, très amaigri, au teint jaune, à l'aspect cachectique, ayant depuis 18 mois des hémorragies intestinales

assez abondantes au début, puis une diarrhée chronique avec épreintes douloureuses et expulsion de mucosités sanguinolentes; l'intestin était ballonné, généralement peu douloureux ; rien au toucher rectal ; à la suite d'injections d'huile grise et d'un traitement ioduré, amélioration très rapide et, en 8 jours, les garde-robes étaient devenues presque régulières ; guérison complète en 2 mois.

Fournier rapporte quatre cas d'entérites syphilitiques qu'il a eu l'occasion d'observer. Il insiste sur le caractère banal de leur symptomatologie, qui se traduit par une diarrhée persistante, rebelle, parfois avec aspect ensanglanté et dysentériforme des matières, et assez souvent avec coliques ou douleurs abdominales d'intensité variable. En présence d'une diarrhée banale, le soupçon de syphilis peut résulter des antécédents syphilitiques du malade, de l'absence de toute cause vulgaire, de la résistance aux agents de la thérapeutique des diarrhées vulgaires, de la coïncidence habituelle avec d'autres accidents tertiaires. La démonstration est donnée par les résultats du traitement. Ces diarrhées sont assez fréquemment sujettes à récidives; elles peuvent être tardives, et ne se produire que 19 et même 40 ans après le chancre. Leur traitement doit être mixte, et le traitement mercuriel doit être employé de préférence sous la forme de frictions ou d'injections hypodermiques.

Séance du 21 mai 1901.

Sur un projet de création de sanatorium privé pour lépreux.

E. Besnier donne lecture d'un rapport au nom de la commission désignée par l'Académie pour répondre à une demande d'avis du ministre de l'intérieur au sujet d'un projet de création de sanatorium privé pour lépreux dans la commune de Rouceux (Vosges). Ce rapport s'appuie sur les faits connus et sur l'opinion d'un certain nombre de léprologues dont B. a réclamé l'avis.

Si, jusqu'à présent, le besoin d'une pareille fondation ne s'est pas fait sentir en France, les foyers lépreux qu'on y observe n'étant pas expansifs et les cas de lèpre importés n'ayant pas, qu'on sache, été l'origine de contagions, il est certain qu'un sanatorium pour lépreux pourrait avoir une utilité réelle et remplit un but humanitaire qu'on ne saurait trop apprécier; mais il devrait être placé en lieu opportun, c'est-à-dire le plus près possible des points où subsistent des foyers lépreux.

L'inégalité paradoxale du pouvoir contagieux de la lèpre suivant les époques, les régions, les climats, les races, les conditions sociales, hygiéniques, individuelles, etc., ne permet pas de dire, au titre général et absolu, si, oui ou non, la fondation d'une léproserie peut être l'objet d'un danger pour la santé publique. En fait, dans la majorité des cas, il n'y a que très peu de chances de transmission de la lèpre aux alentours d'une léproserie ; mais à la condition expresse que le pays et le territoire où elle doit être instituée soient soumis aux règles sévèrement maintenues de l'hygiène et de la police médicale mesurées strictement sur le degré de transmissibilité actuel et régional de la maladie, et que soient prises, pour la préservation des individus, les mesures indispensables d'antisepsie et d'asepsie.

Aussi un sanatorium pour lépreux devrait-il être convenablement situé et isolé, solidement réglementé dans sa constitution par l'autorité sanitaire et soumis par elle à une surveillance intérieure et extérieure permanente et effective.

L'état actuel de la législation ne rendant pas cette surveillance possible, les mesures à prendre à cet égard seront l'objet d'une étude par une commission nommée par l'Académie.

BERLINER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT

Séance du 13 novembre 1900.

Atrophie idiopathique de la peau.

Bruhns présente un homme de 21 ans, atteint d'atrophie idiopathique de la peau de la région fessière, de la partie postérieure de la cuisse droite et d'une partie de la jambe. Cette atrophie s'est développée peu à peu. Pas d'antécédents héréditaires, ni de symptômes subjectifs. Pas de sensation de froid dans les parties malades. Le plissement de la peau n'est pas aussi net que dans d'autres cas, seulement la peau est beaucoup plus mince que sur l'autre côté et moins adhérente aux tissus sous-jacents. La coloration bleuâtre est moins prononcée, l'atrophie intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Pas d'infiltration cellulaire; les fibres élastiques sont assez bien conservées. L'affection correspond à peu près exactement aux ramifications des nerfs de la peau.

Kératodermie palmaire et plantaire subaiguë et symétrique.

Buschke présente un homme de 34 ans, d'une bonne santé habituelle. La maladie actuelle a commencé par des crevasses des doigts et des orteils, qui s'étendirent à la paume des mains et à la plante des pieds. Celles-ci étaient recouvertes d'une couche cornée épaisse qui proliférait sous forme de lamelles détachées ou en îlots; des lignes érythémateuses circonscrivaient les différents foyers. Il s'agissait très vraisemblablement d'un processus inflammatoire ayant déterminé une hyperkératose.

Le traitement spécifique avait aggravé cet état. Les lésions avaient une certaine analogie avec les hyperkératoses symétriques observées en particulier sur les régions plantaires et palmaires, dans le cours de la blennorragie. Peut-être relèvent-elles de la même cause. L'examen des urines fut négatif au point de vue des chlorures. Il est possible que cette affection procède d'une anomalie des échanges organiques, avec ou sans l'intervention du système nerveux.

Recherches expérimentales sur l'alopécie.

Buschke a expérimenté l'acétate de thallium sur différents animaux, mais jusqu'à présent il n'a obtenu des résultats certains que chez la souris blanche. L'acétate de thallium est un poison très violent pour les souris, qui ne le supportent qu'à dose infinitésimale et mêlé aux aliments. De cette manière, on réussit à conserver les animaux vivants et chez presque tous ceux qui

survivaient au delà de la deuxième semaine, il survenait une alopécie, soit en plaques, soit sous forme diffuse, mais aucune région du corps n'était épargnée. Il est très vraisemblable que cette substance agit par l'intermédiaire du système nerveux. Administré pendant longtemps, le thallium occasionne de violentes névralgies; les souris, lorsqu'elles succombent à son emploi, meurent avec des symptômes de somnolence et avec une impossibilité graduelle de remuer.

Heller dit qu'après l'empoisonnement avec certaines substances on a observé la chute des ongles.

Saalfeld remarque que les auteurs français ont signalé l'influence du thallium sur tous les éléments épidermiques.

Isaac fait observer que, chez les animaux, l'alopécie se produit sur la ligne médiane du dos.

Buschke répond que l'alopécie se manifeste aussi sur les autres régions du corps. D'autres médicaments, par exemple le borax, provoquent également l'alopécie.

Vitiligo.

Pinkus présente un garçon de 8 ans chez lequel dans une récidive de psoriasis, traité par la chrysarobine, survenue au bout de 3 semaines, on remarqua autour des anciens placards psoriasiques de grandes plaques de vitiligo. Ce phénomène est semblable à celui qu'on observe au voisinage des nævi, il s'agit d'un déplacement du pigment sous forme de vitiligo. P. a observé un malade chez lequel un vitiligo survint quelques mois après un coup sur la tête.

Séance du 4 décembre 1900.

Dermatite occasionnée par la primevère obconica.

Œstreicher présente un malade qu'il traite depuis deux semaines pour une éruption de petites taches rouge bleuâtre sur le tronc, le thorax et les surfaces de flexion des bras. Ce malade est jardinier et a cultivé la Primula obconica. Cette plante fleurit habituellement en novembre. Les rhizomes, les poils de la plante sécrètent une substance verdâtre qui provoque, comme l'ortie, une éruption vésiculiforme.

Lesser a observé plusieurs cas de dermatite primulaire. Il a vu ces jours-ci une femme atteinte depuis trois mois d'un eczéma récidivant du visage et des mains. Tous les 8 à 15 jours, elle nettoyait les fleurs d'une primevère et, chaque fois, était atteinte d'une éruption 12 heures après. Dans le cas actuel, L. ne croit pas qu'on ait affaire à une dermatite primulaire, parce que la maladie a commencé par un eczéma aigu typique avec forte tuméfaction et que la localisation ne correspond pas aux points de contact.

Blaschko a observé quatre sœurs qui, de temps en temps, étaient atteintes d'eczéma, attribué d'abord à l'hérédité. Mais, chaque fois qu'elles faisaient un voyage, la maladie guérissait et ce n'est qu'accidentellement que B. apprit que ces malades avaient la passion des fleurs. Il a fait depuis lors des recherches et a constaté que dans toutes ces maladies il doit y avoir une certaine idiosyncrasie. Toutefois, comme cette plante est à présent très répandue, il faut toujours penser à cette forme d'eczéma.

Plachte ne regarde pas le cas actuel comme une dermatite primulaire, mais comme une miliaire consécutive à une maladie infectieuse quelconque. Il a vu dernièrement, chez un garçon de 14 ans, une éruption semblable à de la miliaire avec fièvre, occupant le corps et les cuisses, qui au moment de la régression était analogue au cas actuel.

Lichen simple chronique généralisé.

Marcuse présente un homme de 42 ans qui, depuis septembre 1898, est atteint d'un prurit intense principalement dans les creux poplités. Pendant ce laps de temps, la maladie a gagné toute la surface cutanée, malgré de nombreux traitements.

Le malade a remarqué depuis un an l'apparition de petites papules occupant d'abord la région lombaire. Au moment de son entrée à la clinique, la peau, par suite des lésions de grattage, était épaissie et présentait l'aspect d'un eczéma chronique. Les lésions ont envahi la plus grande partie du corps et sont surtout accentuées au cou et à la nuque. Outre les lésions de grattage, des cicatrices et des pigmentations, il y a de nombreuses papules aplaties, confluentes, de la grosseur d'une tête d'épingle, très peu saillantes, avec un très léger éclat et différant nettement des efflorescences du lichen plan. Cavité buccale et ongles indemnes, pas d'engorgement ganglionnaire. L'examen microscopique montre que les plus grosses papules sont formées par toutes les parties de la peau, les plus petites par la prolifération de l'épiderme seul. Dans le chorion, infiltrats profonds arrivant jusque dans les papilles, et résultant de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif. On les trouve au voisinage des vaisseaux sur les glandes et les follicules pilaires. Les modifications de l'épiderme consistent surtout en anomalies du processus de kératinisation. L'épiderme présente principalement une augmentation de la couche épineuse, avec hyperkératose et parakératose évidentes.

Séance du 8 janvier 1901.

Tuméfaction syphilitique des parties molles du bras droit.

Isaac présente un homme de trente-trois ans qu'il a traité il y a sept ans pour la syphilis par des frictions mercurielles. Deux autres cures analogues ont été aussi faites pour des récidives. Il y a un an, il est survenu une tuméfaction du bras droit débutant par l'articulation carpo-métatarsienne. L'affection s'étendit au-dessus de l'articulation du coude ; il existait en outre de nombreuses nodosités sur la langue.

Pas de traumatismes antérieurs, pas de douleurs ni d'autres malaises.

A l'examen radiographique, l'humérus, l'olécrâne, le radius et le cubitus étaient épaissis.

Berger ne pense pas que les radiographies permettent d'admettre ici l'existence d'une affection syphilitique des os. Les contours sont normaux et lisses, il n'existe rien d'anormal. L'étendue de la tuméfaction décrite paraît tenir à la position du bras pendant la radiographie. Il croit qu'il s'agit d'une affection du tissu conjonctif.

Hollænder et Blaschko sont du même avis.

Isaac proteste contre l'opinion de Levy-Dorn qui admet l'existence de lésions pathologiques des os, ces altérations partent probablement du périoste et correspondent à une périostite ossifiante ; en tout cas, il maintient son diagnostic.

Traitement du psoriasis.

Blaschko emploie depuis cinq ans la pommade de Rochard, dont il a obtenu dans beaucoup de cas d'excellents résultats. A l'ancienne formule, B. fait ajouter ordinairement une petite quantité d'éther ou d'alcool; la pommade prend alors une coloration rouge-jaune.

L'action de cette pommade sur la peau est très variable ; certains malades ne la tolèrent pas, chez d'autres il survient une vive rougeur, de sorte qu'il faut la suspendre après la troisième ou la quatrième friction. Par contre, il y a une série de personnes, entre autres des jeunes filles et des enfants, qui supportent remarquablement bien cette pommade. Dans d'autres cas encore on peut l'employer pendant des semaines sans provoquer la plus légère irritation, mais aussi sans amener la résorption des infiltrations psoriasiques. Mais chez quelques malades, il se produit une régression rapide des plaques psoriasiques. Dans la plupart des traités de dermatologie, cette pommade n'est plus mentionnée. La pommade de Rochard provoque plus souvent des phénomènes inflammatoires que la chrysarobine, mais par contre il y a un certain nombre de malades chez lesquels elle rend de grands services et où on ne peut pas utiliser la chrysarobine.

Vollmer salue avec joie le retour à la pommade de Rochard; il a observé des malades qui, traités pendant des années avec la chrysarobine, étaient devenus d'année en année plus sensibles, au point qu'on devait cesser l'emploi du remède.

Gerson a depuis plusieurs années employé la liqueur de goudron composée chez bon nombre de malades qui avaient résisté au traitement par la chrysarobine.

Blaschko a observé que, dans beaucoup de cas, l'action de la chrysarobine s'affaiblit avec le temps et il arrive un moment où elle n'a plus d'action. La pommade de Rochard agit alors remarquablement bien.

Séance du 5 février 1901.

Syphilis grave.

Berger présente un homme de trente-quatre ans qui, en juin 1899, contracta un chancre infectant suivi, huit semaines plus tard, d'un exanthème papuleux qui disparut après une cure de frictions. Mais, au bout de quinze jours, il survint une récidive sous forme de plaques linguales, et à partir de ce moment, malgré des traitements réitérés, les récidives furent incessantes et en général localisées à la langue. L'iodure de potassium ne donna pas de résultat. En trois ans, ce malade a employé 2 500 grammes d'onguent hydrargyrique, sans compter le mercure administré à l'intérieur ou en injections. D'ailleurs, le malade se trouve tout à fait bien, la langue présente de nombreuses cicatrices, on n'aperçoit plus de papilles.

Blaschko recommande l'emploi des injections de sels insolubles ; sou-

vent elles amènent la guérison, alors que les cures de frictions sont sans action. Il croit que dans ces cas les conditions physiques ou anatomiques individuelles de la couche cornée de la peau rendent difficile l'absorption du mercure. Des infirmiers ont fréquemment constaté que, chez certains malades 4 à 6 grammes de pommade disparaissent au bout de 3 à 4 minutes, tandis que, chez d'autres, la pommade est encore visible sur la peau après 10 minutes.

Berger dit que ce malade a eu une violente stomatite à la suite des injections de sels insolubles.

Méningite syphilitique basilaire.

Hoffmann présente un malade de 26 ans qui a contracté la syphilis le 5 juillet de l'année dernière et qui, le 13 novembre, malgré 40 injections de sublimé, éprouva de violentes douleurs dans la région temporale droite et à l'occiput, accompagnées plus tard de vomissements et de vertiges ; 12 jours après, la bouche était déviée et l'œil droit ne se fermait pas. Paralysie du nerf facial droit avec réaction complète de dégénérescence ; parésie de l'abducteur droit, faiblesse de l'hypoglosse du même côté, infiltration considérable de la papille des deux yeux avec diminution notable du champ visuel. On porte le diagnostic de méningite syphilitique de la base : frictions mercurielles, iodure de potassium ; plus tard, injections d'iodipin à 25 p. 100. Au début du traitement, il se produit encore une périostite au niveau de l'occiput. Sous l'influence de cette médication, les symptômes s'amendèrent notablement. Tous les accidents peuvent s'expliquer par l'hypothèse d'un foyer circonscrit à la limite de la base et de la moelle allongée.

Rosenthal fait remarquer l'intérêt de ce cas, dans lequel il est survenu une affection du système nerveux central 5 mois après l'infection.

Chéloïde.

Hoffmann présente un homme de 30 ans, porteur de nombreuses chéloïdes disséminées sur tout le corps. Ce malade a été vacciné trois fois (à 1, 12 et 22 ans). Ce n'est qu'après la troisième vaccination que quatre chéloïdes se sont développées peu à peu dans l'espace de trois ans, depuis lors elles sont restées stationnaires. En d'autres points du corps, il existe de nombreuses chéloïdes consécutives à des plaies (le malade est boucher). Plusieurs chéloïdes en forme de biscuit seraient survenues spontanément sur les cuisses.

Érythème toxique.

Pinkus présente un malade atteint d'une éruption qui a débuté il y a 15 jours sur le cuir chevelu et il y a 8 jours s'est montrée sur le tronc, le thorax et le dos sous forme de plaques rouges, de la dimension d'une lentille, très analogues à celles du pityriasis rosé. Les organes internes et le sang ne présentent pas de modification notable. Il s'agit ici, selon P., d'une espèce d'érythème toxique dans l'acception la plus large du mot. Quelques efflorescences ont au centre une tache de purpura, d'autres des débris de bulles. Pas de champignons. P. croit qu'il ne saurait être question d'un pityriasis rosé.

Séance du 5 mars 1901.

Chéloïde.

Plonski présente un malade qui porte, au-devant du sternum, une tumeur volumineuse cylindriforme, d'un rouge brillant, mobile avec la peau, ayant des prolongements semblables à des pinces d'écrevisse ; une deuxième chéloïde se trouve sur l'abdomen et on en voit sur le dos toute une série dont quelques unes peuvent être désignées sous le nom d'acné chéloïdienne. Au visage, une chéloïde qui aurait succédé a un kyste sébacé. Il y a donc chez ce malade une prédisposition à la chéloïde. Quoiqu'on puisse admettre, que, étiologiquement, un traumatisme, si léger qu'il soit, précède la formation de ces tumeurs, il n'en est pas moins certain qu'il y a une prédisposition individuelle. P. est d'avis qu'on doit abandonner complètement la notion de chéloïdes cicatricielles, qu'il n'y a qu'une chéloïde vraie; les autres ne sont que des cicatrices hypertrophiques. Quoique cliniquement la différence soit difficile à établir, par contre les caractères microscopiques fournissent à cet égard des points de repère certains.

Lesser a observé un cas dans lequel il y avait environ cent chéloïdes, les unes spontanées, les autres consécutives à des plaies.

Lassar a vu un jeune homme atteint de nombreuses chéloïdes qui présentait en même temps des cors à la plante des pieds. On renonça à une intervention opératoire dans la crainte de voir survenir une nouvelle chéloïde.

Saafleld s'élève contre la dénomination d'acné chéloïdienne, sous laquelle on désigne la dermatite papillaire du cuir chevelu.

Ichtyose hystrix.

Berliner présente un petit garçon de 12 ans, atteint d'ichtyose hystrix avec plaques caractéristiques aux genoux, aux coudes, aux régions fessières. Il existe en outre, presque tout à fait symétriquement, une bande étroite partant de l'olécrâne pour se diriger en bas et remonter jusqu'au tiers inférieur du bras. Cette bande ne correspond ni aux nerfs de la peau, ni aux lignes de démarcation externe de Voigt. On sait que Philippson a appelé l'attention sur ce fait que, chez les enfants, les lignes de démarcation de Voigt ne concordent pas avec celles des adultes; toutefois la différence serait peu importante. En outre, il faut tenir compte de ce que la disposition linéaire correspond aux bords du cubitus.

Blaschko croit qu'il ne faut pas ranger ce cas parmi les variétés du nævus linéaire; il s'agit probablement ici de phénomènes irritatifs développés sur une peau irritable.

Rosenthal est d'avis que dans ce cas l'ichtyose ou le nævus était la lésion primaire et que les irritations n'ont été que des phénomènes secondaires. On voit nettement, outre les symptômes artificiels, les grosses efflorescences correspondant à l'affection primaire.

Blaschko répond que, comme dans la plupart des cas, la maladie présente différents degrés; on ne saurait dire si les lignes étaient le symptôme primaire et si l'irritation n'a été que secondaire.

Berliner pense que le traitement local a peut-être contribué à l'irritation.

Mycosis fongoïde.

Lassar présente deux femmes atteintes de mycosis fongoïde. La première est malade depuis sept ans. Au début, on avait regardé son affection comme un psoriasis dont les caractères et la localisation avaient quelque chose de spécial. Les lésions de la peau avaient complètement rétrocédé, sous l'influence du traitement classique du psoriasis : il est évident qu'il s'agissait alors d'une période prémycosique. Après la régression des tumeurs, la malade a été soumise à divers traitements. Ainsi une petite surface a été favorablement modifiée par le traitement de Finsen ; les injections d'arsenic n'ont pas eu d'influence notable. La chrysarobine provoquant une très vive irritation, on a traité la malade avec l'acide pyrogallique. En outre, on a prescrit l'arsenic à l'intérieur. Le résultat de ce traitement mixte a été satisfaisant, puisqu'on peut constater une diminution très appréciable des tumeurs.

L'autre malade présenta d'abord les symptômes d'un impétigo. Le visage était envahi par des lésions de grattage et recouvert de croûtes ; l'état général, fut très mauvais jusqu'à ce que, subitement, on vit surgir les tumeurs du mycosis fongoïde ; la présence de nombreux infiltrats confirmait le diagnostic. L'arsenic, continué pendant plusieurs mois, amena la régression des infiltrats. La malade a augmenté de poids et, depuis dix-huit mois, elle a repris ses occupations.

Pityriasis rubra pilaire et lichen ruber acuminé.

Pinkus présente deux préparations microscopiques, l'une provenant d'un cas de pityriasis rubra pilaire, l'autre d'un lichen ruber acuminé. Chez le malade une plaque assez étendue de papules folliculaires très confluentes persista après le traitement, elle donnait au toucher une sensation de râpe et sur les bords il y avait une forte infiltration.

P. est convaincu, avec Unna et Neisser, qu'il faut distinguer le lichen ruber du lichen ruber acuminé. Ce cas est important en ce qu'ici on trouvait associés le lichen ruber plan et le lichen acuminé. Le pityriasis rubra pilaire consiste principalement en une altération de l'épiderme. De l'examen de ces deux préparations, il résulte clairement que ces affections ne sont nullement identiques.

A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Tentatives d'inoculation de la syphilis aux animaux.

Inoculation de la syphilis aux animaux (Mittheilungen über Syphilisimpfungenam Thiere), par HÜGEL et HOLZHÆUSER. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LV, p. 200.

H. et H. ont fait à quatre porcs des injections sous-cutanées du sang de syphilitiques atteints d'accidents secondaires à la période floride et n'ayant encore jamais été soumis à aucun traitement. Chez trois de ces porcs, il est survenu ultérieurement des efflorescences papuleuses qui ont été regardées comme des symptômes spécifiques; chez l'un d'eux il y avait en outre un ganglion lymphatique indolent. Ces efflorescences ne se produisirent dans aucun cas chez les porcs de contrôle vivant dans les mêmes conditions; la peau non plus n'a jamais présenté de symptômes analogues.

H. et H. sont d'avis que le virus syphilitique est transmissible au porc, quoique peut-être les symptômes qu'on observe d'ordinaire dans la syphilis soient moins accentués et que, par conséquent, il se produit une certaine atténuation du virus; souvent les poisons provoquent aussi chez l'homme des accidents moins prononcés.

Ils verront si dans la transformation héréditaire qu'ils ont pour but ils trouvent une preuve en faveur de leur opinion. A. DOYON.

Quelques tentatives d'inoculation de produits syphilitiques aux animaux (Su alcuni tentativi di inoculazione di prodotti sifilitici negli animali), par L. LEVI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 3, p. 296.

L. a eu recours aux procédés suivants : 1° inoculation, sur la peau des animaux préalablement écorchée, de produits de sécrétion d'ulcérations syphilitiques, de plaques muqueuses, de sang de syphilitiques en pleine éruption secondaire; 2° introduction dans le tissu cellulaire des animaux de sang de syphilitique à la période de contagion ; 3° injection intra-veineuse aux animaux de sang syphilitique filtré à la dose de 1 centimètre cube par kilogramme de poids de l'animal.

Chez les lapins, la première méthode a produit soit sur la peau, soit sur la muqueuse anale, au bout de un à cinq jours, un nodule plutôt dur, disparaissant au bout de quelque temps sans donner lieu à aucune infection générale; la deuxième méthode a donné également des résultats purement négatifs. Chez les singes, les deux premières méthodes ont donné aussi des résultats complètement négatifs. G. T.

Syphilis d'emblée.

Courte note sur deux cas de syphilis d'emblée sans accident initial, par L. JULLIEN. *Beiträge zur Dermatologie u. Syphilis, Festschrift gewidmet H. I. Neumann*, 1900, p. 368.

Observation d'un chirurgien et de son aide, qui, opérant le 9 juin pour

une gomme tuberculeuse présternale, une femme,— chez laquelle la syphilis ne fut diagnostiquée que huit jours après en constatant une roséole, — se blessèrent successivement tous deux à l'index droit avec une aiguille à suture ; tous deux guérirent bien et très simplement en 3 ou 4 jours. Le 5 juillet, le chirurgien est pris de frisson avec fièvre, T.39°, la blessure de l'index devient sensible, l'extrémité du doigt se gonfle, se rouvre très superficiellement au niveau de la cicatrice, en déterminant une ulcération absolument insignifiante et de surface ; le 9 juillet (trentième jour de l'inoculation), roséole confluente ; le 16 juillet, plaques sur le scrotum et sur la langue. L'aide est pris de fièvre le 6 juillet, la cicatrice de la plaie d'inoculation reste intacte ; la roséole paraît seulement le trente-troisième jour. G. T.

Chancre syphilitique.

Étude sur la pathologie de la syphilis (Beiträge zur Pathologie der Lues), par Boegehold. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LV, p. 387.

Voici les conclusions de ce travail :

Dans un petit nombre de cas on voit survenir, peu de jours après le coït, à la suite d'une infection par des accidents secondaires, par exemple des condylomes, un chancre mou qui reste mou. Environ 15 jours après, ce chancre guérit avec un traitement approprié (applications de sulfate de cuivre) et est néanmoins suivi d'une syphilis générale. (Il faut aussi ajouter les observations dans lesquelles le malade atteint de syphilis secondaire ou tertiaire nie tout chancre et dans lesquelles on ne trouve pas, même avec l'examen le plus attentif, de cicatrice sur les organes génitaux, etc.)

Dans un grand nombre de cas, après l'infection par des accidents secondaires, c'est-à-dire par des indurations primaires en voie de nécrose, dans des cas où on peut éliminer absolument la présence simultanée d'un chancre mou, il se développe dans l'espace de quelques jours un ulcère mou qui, au bout de 2 à 3 semaines, s'indure et est suivi de syphilis générale (chancre mixte des dualistes).

Le chancre qui apparaît trois à quatre semaines après l'infection revêt toujours la forme de chancre induré et est constamment suivi de syphilis générale. A. Doyon.

Excision du chancre syphilitique (Die Excision der Sklerose), par O. Rosenthal. *Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Festschrift gewidmet H. I. Neumann*, 1900, p. 790.

R. recommande l'excision du chancre induré dans tous les cas où elle est possible. Les avantages de cette méthode sont en tout cas de substituer à un ulcère de mauvais caractère une plaie simple qui guérit rapidement. En outre, on enlève un foyer d'infection. L'absence d'engorgement ganglionnaire est la meilleure condition pour obtenir un résultat favorable.

R. rapporte ensuite le cas d'un homme marié depuis cinquante-deux jours qui, ayant eu un dernier coït extra-conjugal 7 à 8 semaines avant son mariage, présentait une ulcération qui cliniquement avait l'aspect d'un chancre syphilitique. On fit immédiatement l'excision; pas

d'engorgement ganglionnaire. La guérison fut rapide et la cicatrice resta molle. Ce malade est resté en observation pendant six mois et n'a pas présenté d'accidents syphilitiques. Par contre, sa jeune femme, qui était enceinte, présentait sur le clitoris une toute petite érosion. Plus tard il survint une syphilis très caractérisée : syphilide maculo-papuleuse sur le thorax, l'abdomen et la face interne des bras, plaques muqueuses des amygdales, etc. Malgré deux cures de frictions mercurielles, cette malade eut plusieurs récidives et accoucha à 7 mois d'un enfant mort de syphilis héréditaire. A. Doyon.

Altérations du sang dans la syphilis.

La réaction de Justus dans la syphilis (The Justus test in syphilis, its application in 29 cases), par Christian et Foerster. *University medical Magazine*, novembre 1900, p. 634.

C. et F. ont recherché la diminution de l'hémoglobine sous l'influence du traitement mercuriel chez vingt-neuf malades variés.

Les résultats ne concordent pas avec ceux de Justus et ils concluent que dans les cas d'ulcères douteux elle n'a pas de valeur. Dans les cas de syphilis secondaire floride, la réaction de Justus est fréquente, mais elle n'a que la valeur d'un symptôme, d'une manifestation syphilitique comme une autre, se montrant surtout dans les cas où les manifestations nombreuses ne laissent aucun doute sur le diagnostic. Comme on peut la trouver ailleurs que dans la syphilis, on ne peut lui attribuer aucune valeur diagnostique. W. D.

Diplocoque blanc dans le sang de syphilitiques (Diplococcus albus im Blute Syphilitischer), par Paulsen. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, p. 134.

P. a examiné le sang de quatre malades dont deux atteints de chancre infectant et deux d'accidents secondaires. Il a trouvé 1° dans les quatre cas et à chaque examen un diplocoque blanc; 2° dans deux cas, un diplocoque jaune; 3° dans un cas, un diplocoque rouge, dans trois examens. En outre, staphylococcus pyogenes aureus et albus, levure rose, mesentericus vulgatus et un oidium dans chaque cas.

P. ne croit pas que ces derniers organismes soient en rapport avec la syphilis; il regarde aussi la présence du diplococcus ruber comme accidentelle. Par contre, la présence constante dans deux cas des diplocoques jaune et blanc est caractéristique. Comme la différence de coloration des deux derniers est très faible, P. serait presque disposé à admettre qu'il s'agit du même microorganisme. Il faut attendre de nouvelles recherches pour savoir s'il faut regarder les diplocoques comme la cause de la syphilis. Les diplocoques blanc et jaune trouvés par P. ont une certaine analogie avec quelques diplocoques que v. Niessen a observés. Mais en réalité ils sont différents en ce que les microorganismes de v. Niessen présentent des différences notables de volume, tandis que dans les préparations de P. les diplocoques ont presque tous la même groseeur. Il y a encore une différence plus importante, c'est que le streptobacille de v. Niessen est extrêmement polymorphe, tandis que les diplocoques blanc et jaune, quel que soit le terrain de culture, restent constamment monomorphes.

Pour la préparation des cultures, P. recommande tout particulièrement la pomme de terre; après ensemencement avec le sang, on voit se développer les cultures au bout de trois à quatre semaines à la température de la chambre. Pour des cultures pures, la gélatine et l'agar sont sans contredit de très bons terrains de culture. A. DOYON.

Phlébite syphilitique.

Sur la phlébite syphilitique secondaire précoce, par G. THIBIERGE. *Beiträge zur Dermatologie u. Syphilis, Festschrift gewidmet H. I. Neumann*, 1900, p. 840.

T. rapporte deux cas de phlébite syphilitique secondaire qu'il a observés simultanément; dans un cas, les lésions portaient sur la veine saphène interne des deux côtés; dans l'autre, elles occupaient la veine saphène interne des deux côtés et la veine céphalique du bras droit. A l'occasion de ces deux faits, T. donne une description de cette manifestation de la syphilis, dont on connaît 25 cas, dont 22 observés chez des hommes, et qui a pour caractères son développement à une période précoce, voire même ultra précoce de la syphilis, son début peu bruyant, le peu d'intensité des phénomènes douloureux, l'absence presque complète d'œdème, le siège sur les veines superficielles des membres, la multiplicité des veines atteintes, la guérison rapide et sans complication. G. T.

Syphilis de la rate.

De l'état de la rate dans la syphilis acquise (Ueber das Verhalten der Milz bei erworbener Syphilis), par COLOMBINI. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1900, t. LI, p. 163.

C., qui avait déjà traité ce sujet en détail, a fait de nouvelles recherches dont voici le résultat :

Dans la syphilis acquise, on observe en général une hypertrophie de la rate, qui se manifeste pendant la période active de la syphilis générale et marche parallèlement avec elle.

Lorsque le chancre existe seul, la rate est dans la plupart des cas normale.

La rate augmente de volume dans la période de deuxième incubation, peu de temps avant l'apparition des symptômes généraux. Cette hypertrophie splénique croît avec le développement des symptômes généraux, quelles que soient leur nature et leur intensité, elle se modifie comme ceux-ci et disparaît quelquefois aussi avec eux. Habituellement, la rate reprend son volume normal plus ou moins longtemps après la disparition de tous les symptômes externes.

Des recherches antérieures de C., il ressort qu'on ne trouve presque jamais d'hypertrophie splénique dans les phases tardives de la période secondaire et dans la période tertiaire.

Il peut arriver qu'on ne trouve pas de tumeur de la rate si l'examen est fait à un moment non approprié, soit trop tôt, soit trop tard.

L'hypertrophie splénique et les engorgements ganglionnaires sont, dans la syphilis, occasionnés par les mêmes causes et ont la même importance.

Tandis que l'hypertrophie des ganglions peut parfois atteindre un volume

considérable, l'hypertrophie de la rate reste toujours dans des limites étroites et ne dépasse presque jamais la ligne axillaire antérieure ou l'arc costal.

L'augmentation de volume de la rate se fait principalement dans le sens transversal et souvent surtout en dedans, de sorte que la rate syphilitique presse plus ou moins contre la colonne vertébrale : l'hypertrophie dans le sens vertical ne se produit qu'à un faible degré. Relativement au sexe, il n'existe aucune différence.

Le traitement a la même influence sur l'intumescence splénique que sur les autres symptômes.

Dans la période des accidents généraux de la syphilis, la rate se comporte exactement de la même façon que dans les maladies infectieuses ordinaires.

Dans des cas douteux, la présence de l'hypertrophie splénique associée aux autres symptômes peut confirmer le diagnostic de syphilis. A. Doyon.

Syphilis du système nerveux.

Étude clinique et anatomo-pathologique d'un cas de syphilis cérébrale (Osservazioni cliniche ed anatomo-pathologiche sopra un caso di sifilide cerebrale), par U. Mantegazza. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 2, p. 139.

Homme de 47 ans, ayant eu la syphilis à l'âge de 35 ans, présentant depuis trois mois des troubles cérébraux qui peuvent se résumer ainsi : hémiparésie gauche avec parésie du facial du même côté, paralysie des deux moteurs oculaires communs, parésie des nerfs optiques, céphalée, somnolence, puis coma et mort. A l'autopsie, lésions cérébrales complexes : nodule gommeux au niveau des circonvolutions occipito-pariétales, méningite chronique de la base intéressant les nerfs oculo-moteurs et une partie des bandelettes optiques, foyer de ramollissement dans la capsule interne droite, artérite diffuse des artères du cerveau, ayant provoqué, outre le foyer de ramollissement de la capsule interne, la nécrose caséeuse de la gomme corticale et une nécrose ischémique des oculo-moteurs déjà atteints de névrite interstitielle. G. T.

A propos d'un cas anormal de syringomyélie d'origine syphilitique probable (type Morvan à localisation inférieure), par L. Dekeyser. *Journal médical de Bruxelles*, 1901, n° 13, p. 168.

D. rapporte un cas intéressant de troubles médullaires chez un ancien syphilitique sans antécédents héréditaires. En même temps que des troubles trophiques symétriques du gros orteil, répondant exactement à la symptomatologie du panaris analgésique, il existait une perte des trois modes de la sensibilité, au niveau du gros orteil et dans son voisinage, et une dissociation de la sensibilité des autres parties du pied. Ni arthropathie, ni scoliose.

Après avoir établi l'identité de la maladie de Morvan et de la syringomyélie, D. étudie le diagnostic différentiel entre la lèpre et la syringomyélie et conclut qu'il existe un syndrome syringomyélique commun à diverses affections et que l'on peut rencontrer notamment dans la lèpre ; que la lèpre et la syringomyélie, tout en présentant dans certains cas une

similitude frappante au point de vue clinique, diffèrent au point de vue anatomo-pathologique et ne peuvent, par conséquent, être identifiées.

Au point de vue anatomo-pathologique, D. admet l'existence d'une syringomyélie syphilitique par lésions d'endartérite oblitérante amenant la destruction du tissu nerveux par sclérose ou fonte de celui-ci.

Il est d'autant plus porté à considérer les troubles nerveux de son malade comme dépendant de la syphilis, que le traitement paraît avoir arrêté le processus pathologique. L. D.

La polynévrite syphilitique, par R. Cestan. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mais 1900, p. 153.

C. rapporte deux observations inédites de polynévrite syphilitique extrêmement précoce.

I. — Homme de 34 ans; le 1er mai, chancre syphilitique de la verge, bientôt suivi d'alopécie très étendue, de syphilide ecthymateuse maligne avec fièvre syphilitique et délire vers le 10 mai ; on donne des pilules mercurielles, le délire persiste; le 14 mai, paralysie de la main droite qui devient tombante ; sans engourdissements, sans douleurs, bientôt apparition de la paralysie dans la main gauche; la fièvre et le délire persistent, on continue le traitement par les pilules et en juillet on fait douze injections de peptonate de mercure ; puis apparaît une pleurésie qui guérit rapidement. Au 10 août, on constate une légère albuminurie qui disparaît bientôt par le traitement iodo-mercuriel et le régime lacté, intégrité de la musculature de la face, absence de troubles intellectuels, légère fatigue dans la marche, mais pas de steppage ni d'abolition des réflexes, sphincters intacts ; mains tombantes comme dans la paralysie saturnine, mais avec envahissement du long supinateur, faiblesse très accusée des muscles du bras et de l'épaule, atrophie des petits muscles des mains et des muscles de l'avant-bras, mais spécialement de ceux innervés par le radial. A la suite d'un traitement iodo-mercuriel et galvanique, l'état général s'améliore rapidement, mais les troubles moteurs s'amendent moins vite et, en janvier, il persiste encore une légère paralysie de la main droite et une paralysie accentuée de la main gauche. L'examen électrique des muscles, en août, montre l'absence de la réaction de dégénérescence dans le domaine des nerfs axillaires, musculo-cutanés et cubitaux des deux côtés, du médian droit et dans le triceps droit, son existence dans les muscles de l'éminence thénar, petit palmaire et fléchisseur commun et dans tous les muscles de l'avant-bras innervés par le radial à droite, dans ces derniers muscles et dans le triceps brachial à gauche.

II. — Homme de 25 ans ; chancre induré du fourreau, le 1er septembre 1895; le 1er octobre, fièvre, courbature, vertiges, délire, céphalée nocturne, faiblesse progressive qui oblige le malade à garder le lit; le 11 octobre, paralysie flasque sans douleur des deux jambes et des deux bras, plus marquée au bras droit ; en octobre et novembre, les mouvements reviennent dans le bras gauche, puis dans les doigts de la main droite et dans l'avant-bras droit ; au 1er décembre, apparition de syphilides de la peau et des muqueuses qui font découvrir la syphilis et ordonner le traitement mercuriel ; les troubles moteurs s'amendent de façon que, le 1er janvier 1896, le malade peut marcher avec des béquilles. A l'entrée à l'hôpital, en mars 1896, on cons-

tate une atrophie musculaire du bras et de la jambe droite plus marquée à la racine des membres ; pas de steppage, mais le malade se fatigue facilement en marchant, résistance aux mouvements passifs très diminuée, surtout à droite ; réflexes tendineux et osseux du bras et de la jambe droite abolis ; diminution de l'excitabilité faradique des muscles du membre inférieur, du deltoïde et du biceps droits, réaction normale au courant galvanique ; pas de troubles sensitifs, pas de troubles des sphincters.

C. reproduit en outre onze observations rapportées par divers auteurs comme des faits de polynévrite syphilitique, mais conclut de leur discussion qu'un certain nombre d'entre eux ne rentrent pas dans le cadre de la polynévrite et que d'autres sont des faits de polynévrites survenus chez des syphilitiques sous l'influence d'intoxications multiples, syphilis, mercure, lésions rénales, alcool ; il ne reste donc que 7 cas de polynévrite syphilitique, les 2 cas de Cestan, ceux de Rodet, Middleton, Fordyce, Grosz, Spillmann et Étienne.

De ces diverses observations, il résulte que la polynévrite débute entre un mois et treize à quatorze mois après le chancre, qu'elle s'installe rapidement et peut affecter des types cliniques différents, revêtir les formes motrice, sensitivo-motrice et pseudo-tabétique ; qu'elle évolue sous la forme ascendante lente ou sous la forme disséminée ; qu'elle ne s'accompagne pas de troubles intellectuels et n'intéresse pas la face ; tous les cas ont eu un pronostic favorable et les troubles moteurs ont cédé plus ou moins rapidement au traitement iodo-mercuriel. G. T.

Cas de polynévrite syphilitique tertiaire, par L. Dekeyser. *Journal médical de Bruxelles*, 1901, n° 39, p. 553.

Malade âgé de quarante-deux ans, sans antécédents héréditaires, gagne la syphilis en 1882. A l'exception de quelques accidents légers, il ne souffrit guère de sa syphilis, malgré l'absence de tout traitement, jusqu'en 1894. A partir de cette année se succédèrent toute une série de troubles nerveux qui augmentèrent de plus en plus. Lumbago, sensations de froid intense, œdèmes indolores des membres inférieurs, douleurs en casque, douleurs fulgurantes, névralgies sciatiques répétées, zonas. Tous ces symptômes douloureux qui devinrent de plus en plus fréquents, revêtaient la forme de crises aiguës, séparées par des périodes d'accalmie plus ou moins prolongées. En 1900 survinrent des troubles dans la marche. Le corps devint raide, sans souplesse. Pendant quinze jours, paralysie du bras droit. Le steppage apparut, d'abord d'une façon intermittente, puis continue. Enfin, le 14 mai 1901, paralysie flasque des membres inférieurs. En même temps, on constate l'abolition des réflexes rotuliens et de l'atrophie musculaire au niveau des mains. Immédiatement fut institué un traitement énergique par les frictions mercurielles, auxquelles on associa le massage. L'amélioration fut extrêmement rapide et, au bout de vingt-six jours, la guérison était complète.

Le malade n'ayant jamais souffert d'une infection quelconque pouvant donner lieu à des symptômes de polynévrite, D. conclut à l'origine syphilitique. L'influence heureuse du traitement vient du reste confirmer ce diagnostic.

Les cas semblables sont de la plus grande rareté et D. n'en a pu trouver

qu'un seul s'en rapprochant, et dans lequel les accidents polynévritiques éclatèrent cinq ans après le chancre. L. D.

Paralysie récurrentielle chez un hérédo-syphilitique, par M. Parmentier. *Progrès médical belge*, 1901, n° 12, p. 89.

Cas de paralysie récurrentielle datant d'un mois chez un enfant de quatre ans hérédo-syphilitique manifeste. Comme il existait de la polyadénopathie sous-maxillaire, P. pense que la paralysie était due à la compression exercée sur le nerf par les ganglions tuméfiés du médiastin. Le traitement mercuriel amena la guérison complète au bout d'un mois. L. Dekeyser.

De l'état des réflexes chez les syphilitiques, par M. Binet-Sanglé. *Journal de Neurolologie de Bruxelles*, 1901, nos 9 et 14, p. 161 et 261.

B. a recherché l'état des réflexes dans treize cas de syphilis secondaire. Les résultats constatés furent les suivants : réflexe pharyngien normal chez quatre, diminué chez cinq, aboli chez deux (11 cas); réflexe olécrânien normal chez trois, diminué chez sept, aboli chez trois; réflexe abdominal normal chez cinq, diminué chez cinq des deux côtés et chez un à droite, aboli chez un (12 cas); réflexe patellaire exagéré chez un, normal chez trois, diminué chez un des deux côtés et chez un à droite, aboli chez cinq. Une fois on observa de l'hypoalgésie et deux fois de la paresthésie thermique, particulièrement à la plante des pieds.

Dans une seconde étude, B. donne les résultats d'une enquête semblable faite sur des sujets non syphilitiques. Il conclut que le virus syphilitique altère d'une façon précoce (un mois à deux ans) le système nerveux et particulièrement les neurones qui président aux réflexes pupillaires, olécrâniens et patellaires. Dans le plus grand nombre des cas, cette altération est légère et transitoire. La diminution et l'abolition des réflexes constituent donc un des symptômes de la syphilis et peuvent servir au diagnostic de cette affection. L. Dekeyser.

Hérédité syphilitique.

Au sujet de la syphilis congénitale et par allaitement (Variazioni su motivi di sifilide congenita e per allatamento), par Profeta. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 2, p. 165.

P. s'élève contre des assertions émises par Ogilvie dans diverses publications et notamment dans un mémoire publié en 1899 par le *British Journal of dermatology* au sujet du principe connu sous le nom de Profeta. Ogilvie en avait attribué la priorité à F. Behrend ; P. la réclame pour lui, en se basant sur une différence entre les termes dont F. Behrend s'est servi en 1860 et ceux dont lui-même s'est servi en 1865, et tient surtout à établir qu'il a fait connaître le caractère temporaire de l'immunité du fœtus né sain d'une mère syphilitique. Il se défend d'avoir émis une opinion purement théorique et sans preuve, mais déclare au contraire que le principe, auquel Diday a donné le nom de loi de Profeta, résulte d'une longue expérience ; il rapporte enfin deux observations qui viennent à l'appui de ce principe ; l'une d'elles, inédite, a trait à un enfant né sain d'une mère contagionnée dans les premiers mois de sa grossesse, lequel ne prit la syphilis ni de sa mère ni d'une nourrice syphilitique atteinte de plaques muqueuses du sein. G. T.

Étude anatomo-pathologique de la syphilis héréditaire (Contributo allo studio della sifilide congenita), par SURICO. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1900, fasc. 1 et 2, p. 18 et 175.

S. rapporte le résultat de l'autopsie de 13 enfants ou mort-nés hérédo-syphilitiques.

Les poumons présentaient dans 12 cas des lésions, consistant souvent uniquement en une congestion intense. S. rapporte à 3 types les lésions pulmonaires de la syphilis : 1° proliférations épithéliales avec phénomènes dégénératifs secondaires (pneumonie blanche), qui n'ont rien de spécial à la syphilis que leur développement exclusivement chez des enfants syphilitiques nés avant terme et mort-nés, ou ayant succombé peu après la naissance; 2° prolifération connective interstitielle diffuse, qui peut s'observer chez des adultes sous l'influence de causes productrices autres que la syphilis, mais qui chez les nouveau-nés et les enfants ne s'observe pas en dehors de la syphilis; 3° proliférations connectives circonscrites avec lésions dégénératives plus ou moins prononcées (gommes) qui constituent la forme la plus typique et la plus nette de la syphilis.

Dans le cœur, S. n'a trouvé aucune altération macroscopique ou microscopique en rapport avec la syphilis.

A l'examen microscopique du thymus, S. a trouvé dans la moitié environ des cas une augmentation du tissu conjonctif interstitiel qui a les caractères du tissu conjonctif adulte et renferme un grand nombre de vaisseaux de moyen et de petit calibre; dans quelques cas, les petites veines étaient entourées d'une infiltration dense de petites cellules leur formant comme une sorte de gaine externe et quelquefois assez abondantes pour faire croire à l'existence de petits abcès autour des veines. S. n'ose considérer ce processus comme exclusif à la syphilis héréditaire, mais il ne l'a jamais constaté sur des fœtus ou des enfants non syphilitiques.

L'état du corps thyroïde était variable, quelquefois absolument identique à celui de l'adulte, d'autres fois avec des follicules rudimentaires en ce qui concerne les dimensions et les caractères des cellules qu'ils renfermaient. Le tissu conjonctif était généralement peu abondant, quelquefois un peu développé, surtout dans les cas où l'appareil glandulaire était moins bien constitué; dans un cas, il formait des travées épaisses comme on n'en observe jamais à l'état normal, mais il ne présentait pas l'aspect qu'on lui voit dans les scléroses syphilitiques, était très riche en vaisseaux, surtout veineux, à parois minces et à calibre large.

La rate, malgré le peu d'intensité ou l'absence complète de lésions du foie, était souvent congestionnée, quelquefois à un degré très intense; dans un cas il y avait une tuméfaction considérable des follicules sans hyperémie de la pulpe; dans un autre, la pulpe était congestionnée au plus haut degré et les follicules étaient nécrosés; dans un seul cas il y avait augmentation d'épaisseur des trabécules conjonctives; jamais il n'y a eu d'épaississement ou d'autres lésions des parois vasculaires. La tuméfaction des follicules et l'hyperémie de la rate coïncidaient avec des lésions de pneumonie catarrhale aiguë, qui les expliquaient. La congestion de la rate, qui est fréquente chez les hérédo-syphilitiques, est la conséquence de l'intoxication profonde du sang produite par la syphilis et doit être com-

parée à celle qu'on observe dans les dyscrasies sanguines communes.

Dans 9 cas, les reins présentaient des lésions plus ou moins accusées consistant soit en prolifération de leur tissu conjonctif, soit en altérations de leurs épithéliums (dégénérescence cellulaire, tuméfaction trouble) avec ou sans altérations des glomérules. Ces lésions sont dues en partie à l'intoxication profonde de la syphilis produite dans l'organisme, en partie aux troubles des échanges organiques déterminés par les altérations syphilitiques des autres viscères.

Les capsules surrénales ne présentaient de lésions que dans un cas, où on voyait une hyperplasie limitée du tissu connectif interstitiel à l'union de la zone externe et de la zone moyenne de la substance corticale (début de gomme?) et dans un deuxième où la substance médullaire était transformée en une masse nécrotique, d'aspect granuleux.

Les testicules présentaient dans un seul cas des altérations consistant en une néoformation diffuse de tissu conjonctif jeune dans l'intervalle des canalicules séminifères, qui d'ailleurs étaient encore bien conservés.

Le pancréas était transformé dans 2 cas en une masse de tissu conjonctif compact dans laquelle on reconnaissait encore la structure alvéolaire, mais les alvéoles ne contenaient plus de cellules pancréatiques normales ; dans d'autres cas, on pouvait voir les stades de début de ces lésions graves, sous la forme de tissu conjonctif jeune interposé aux lobules pancréatiques dont les épithéliums glandulaires étaient encore bien conservés quant à leur forme et à leurs autres caractères.

Les lésions du foie étaient légères dans tous les cas, et à l'œil nu ne présentaient dans ancun cas l'aspect de la pierre à fusil décrit par Gubler ; à l'examen microscopique, elles consistaient en une néoformation conjonctive, débutant par la région porte du lobule hépatique et se dirigeant vers son centre en suivant la direction des vaisseaux capillaires; dans plusieurs cas, S. a constaté la congestion intense observée par Hudelo, mais il pense qu'il peut s'agir d'un phénomène concomitant dû à des causes occasionnelles, indépendantes de la syphilis. G. T.

Lésions de la moelle épinière chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle hérédo-syphilitiques (Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen), par Peters. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 384.

P. a observé 11 cas de cette affection ; dans tous, les symptômes montraient que le foyer morbide avait son siège dans la partie inférieure de la moelle cervicale et dans la partie supérieure de la moelle dorsale. Le plus souvent les paralysies des membres supérieurs étaient partielles ou complètes. Dans deux cas, il y avait encore un rétrécissement des pupilles avec immobilité pupillaire relative (symptôme de Klumpke-Déjerine) et des paralysies très accusées et très étendues. Les paralysies furent observées une fois au moment de la naissance, huit fois de un à cinq mois après, et deux fois l'époque de l'apparition est restée inconnue.

Dans les cas de lésions de la partie inférieure de la moelle cervicale seule ou associée à celle de la moelle dorsale, la position des mains de l'enfant présente un caractère tout à fait particulier.

L'avant-bras est en forte pronation, de sorte que le dos de la main est dirigé vers le côté interne et la paume vers le côté externe. L'articulation carpo-métatarsienne est fléchie et en abduction du côté cubital; par suite la position des mains, quand les deux membres supérieurs sont atteints, rappelle la disposition des nageoires du phoque. Cette position des mains serait, suivant P., très caractéristique de la syphilis de la moelle cervicale inférieure.

Dans 4 cas, on a observé, outre les paralysies et coïncidant avec elles, d'autres symptômes syphilitiques évidents (syphilides papuleuse et maculeuse, papules, plaques muqueuses).

Il n'est pas douteux que ces paralysies ne résultent de lésions syphilitiques du tissu nerveux, ainsi qu'en témoignent l'observation des malades, et, pour tous les cas, les résultats rapides du traitement spécifique, s'il est continué pendant un temps suffisant et s'il ne survient pas d'autres complications.

Le pronostic de ces paralysies syphilitiques est très favorable ; sur les dix enfants traités, huit ont été complètement guéris et deux ont été renvoyés après une notable amélioration.

Le traitement a consisté en frictions avec l'onguent gris, l'emploi interne du calomel et de l'iodure de potassium pour la mère. Les frictions faites chaque jour à la dose de 5 décigrammes ont été très bien supportées. Le résultat a été en général rapide et éclatant. Une fois après trois frictions seulement, mais souvent après quatre frictions, on pouvait constater une amélioration très manifeste de la motilité ; après dix doses on a observé dans quelques cas une restitutio ad integrum. Dans certains cas plus graves, vingt et trente frictions ont été nécessaires. A. Doyon.

Hérédité syphilitique (Syphilitic heredity), par Macilwaine. *British medical Journal*, 15 juin 1901, p. 1476.

Un homme prend la syphilis entre 20 et 25 ans et se traite insuffisamment. Il reste jusqu'à 43 ans en bonne santé, sauf un peu d'alcoolisme ; il présente alors des symptômes d'insuffisance aortique, puis d'insuffisance mitrale. Marié à 35 ans, il n'a jamais infecté sa femme. Il a deux garçons, tous deux un peu faibles et rachitiques. L'aîné entra en pension à 8 ans, et peu après sa santé générale commença à décliner, il eut de l'incontinence urinaire diurne puis de l'incontinence fécale, enfin des troubles mentaux. Le second fit à 6 ans une chute sur la tête et depuis lors il a eu une série d'attaques épileptiformes.

M. considère ces accidents comme consécutifs à la syphilis paternelle, mais non comme de nature syphilitique; c'est de l'hérédité syphilitique, mais non de la syphilis héréditaire. W. D.

Syphilis de la deuxième génération (Syphilis der Enkelin), par Pospelow. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LV, p. 163.

La syphilis de la deuxième génération est caractérisée entre autres symptômes par des dystrophies de nature variable et souvent par une atrophie générale.

Les résultats des nécropsies d'enfants syphilitiques de la deuxième génération diffèrent absolument de ceux de la première génération, à l'exception d'une atrophie générale de tous les organes et tissus. La mort sans

cause apparente est spéciale aux enfants syphilitiques de la deuxième génération.

P. décrit l'évolution de la syphilis dans ces cas. Les avortements et les accouchements prématurés sont beaucoup plus rares dans la deuxième génération et ne constituent pas un signe pathognomonique de la syphilis héréditaire comme dans la première génération. Les enfants syphilitiques de la deuxième génération ne présentent dans les deux à six premiers mois de la vie aucune anomalie caractéristique, et, même après deux à cinq ans paraissent encore tout à fait sains ; ce n'est qu'après ce laps de temps que, sans motif appréciable, ils maigrissent et sont en retard physiquement et intellectuellement, etc. Des maladies intercurrentes peuvent masquer la syphilis et amener souvent une terminaison fatale.

P. rapporte ensuite le cas d'une fillette de treize ans qui présentait les caractères incontestables d'une syphilis héréditaire. D'après son père, elle est née à terme et ni lui ni sa femme n'ont eu la syphilis. Sa femme a eu douze enfants qui tous sont nés à terme. Le père de la petite malade dit que son père a eu la syphilis avant son mariage et il a lui-même des dents de Hutchinson.

De ce cas, P. conclut que la syphilis de la deuxième génération est possible : si la syphilis du grand-père n'est pas traitée, elle peut s'étendre aux petits-enfants et aux arrière-petits-enfants ; la syphilis des petits-enfants se traduit, non seulement par différentes dystrophies, mais aussi par des lésions gommeuses, sans qu'on observe des accidents analogues chez les parents des malades : les dents de Hutchinson ont une grande importance pour le diagnostic de la syphilis héréditaire. A. Doyon.

Traitement de la syphilis.

Traitement de la syphilis (Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie), par Heuss. *Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1901.

Selon H., le traitement précoce de la syphilis est au point de vue théorique absolument justifié, mais pratiquement il faut le rejeter comme irrationnel, inutile et même comme nuisible. Le mercure est un spécifique énergique, presque infaillible contre les accidents de la syphilis, mais non contre le virus syphilitique ; sans cela le germe spécifique ne se développerait pas sur un organisme auparavant saturé de mercure. Une mercurialisation présyphilitique ne met pas à l'abri de l'infection.

Il est certain qu'avec un traitement général précoce le chancre infectant guérit plus rapidement, les engorgements ganglionnaires sont plus faibles ou régressent plus promptement, l'exanthème apparaît plus tardivement, etc., mais l'intensité des symptômes n'est pas diminuée.

Le traitement précoce ne présente donc aucun avantage, mais des inconvénients certains : la période secondaire relativement bénigne est abrégée en faveur des accidents tertiaires ; les récidives sont plus fréquentes, le cours tout entier de la maladie est irrégulier. L'organisme, d'autre part, s'accoutumant peu à peu à ce médicament, son action n'est plus dans la suite aussi éclatante et aussi énergique et de plus fortes doses de mercure seront nécessaires. Le traitement général précoce ne permet plus de s'orienter sur le caractère et l'intensité d'un cas. Aussi le traitement du

chancre doit-il être uniquement local. Bien que son excision n'ait pas d'influence sur l'évolution ultérieure de la maladie, elle n'en est pas moins recommandable dans tous les cas où elle est possible : elle abrège la durée de la guérison du processus local et supprime le danger de la contagion.

Ce n'est qu'exceptionnellement et dans des circonstances tout à fait déterminées que H. admet une mercurialisation précoce : dans les cas où l'état général est de bonne heure et très fortement affecté (céphalée intense, affaiblissement prononcé, symptômes fébriles, iritis, etc.), ou encore lorsque le chancre a de la tendance à former une large ulcération, à la gangrène, au phagédénisme, et encore dans les cas où l'excision a été impossible ou lorsqu'un traitement spécifique local n'a pas donné de résultat.

En ce qui concerne la durée du traitement général, H. pense que le traitement chronique intermittent n'est pas tout à fait indifférent pour l'organisme et peut avoir des inconvénients sérieux pour la santé, sans mettre à l'abri des récidives, spécialement des accidents tertiaires. Cependant, selon H., les femmes enceintes syphilitiques et les prostituées doivent être soumises au traitement chronique intermittent par des motifs de prophylaxie, ainsi que les candidats au mariage. H. fait encore une autre concession ; souvent la doctrine du traitement chronique intermittent est acceptée avec faveur par les laïques, principalement par le public éclairé : maint syphilitique désire, malgré l'absence de symptômes syphilitiques, faire une cure ; si, depuis au moins un an après le dernier traitement, le malade est en bonne santé, H. ne refuse pas cette « cure de tranquillité » qui dans ces conditions ne saurait être nuisible.

La première condition dans le traitement de la syphilis est de traiter non la syphilis, mais les syphilitiques, en tenant compte des différences individuelles dans l'apparition, l'intensité, la marche des accidents.

Ces concessions ne semblent pas très logiques chez un partisan convaincu du traitement opportuniste. A. Doyon.

Traitement de la syphilis par un sérum spécifique (Behandlung der Syphilis mit spezifischen Serum), par Moore. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 116.

Le liquide amniotique d'une femme immunisée par un enfant né d'un père syphilitique avec des symptômes spécifiques formerait, selon M., à un haut degré le liquide approprié pour syphiliser un organisme sain quelconque. Cette théorie est confirmée par le fait suivant. On fit à une femme de quarante ans, atteinte d'un cancer inopérable de l'utérus, une injection d'un gramme de liquide amniotique d'une femme infectée de syphilis tertiaire. Ce liquide était mélangé à un volume égal d'eau phéniquée à 5 p. 100. Le lendemain, on injecta la même quantité, mais mélangée avec l'eau phéniquée à 1 p. 100. Les injections suivantes furent de moins en moins diluées et finalement on employa le liquide amniotique pur. On éleva ensuite la dose des injections jusqu'à 10 centimètres cubes. Au bout de quelque temps, on inocula à la malade le plasma du sang d'une personne atteinte de syphilis tertiaire, plus tard des plaques muqueuses et enfin un chancre dur infectant, trituré avec de la glycérine stérilisée. Jamais cette malade n'a présenté le plus léger symptôme de syphilis, à

l'exception de quelques douleurs de tête et d'une pigmentation passagère due au sérum. Jamais d'induration ni d'engorgement ganglionnaire, quoiqu'on lui eût inoculé des plaques muqueuses dans une des grandes lèvres. Au contraire, l'état général de cette malade se releva notablement, non par l'effet du sérum spécifique, mais parce qu'elle fut soumise à une alimentation très soignée et en raison de la suggestion résultant du traitement dont la malade se promettait la guérison. Le cancer ne fut nullement modifié. La malade vécut encore six mois.

M. rapporte ensuite un certain nombre d'observations de malades dont la plupart étaient atteints de chancres infectants indurés, de lésions secondaires ou tertiaires qui furent rapidement modifiés par l'emploi du sérum spécifique.

M. rappelle ensuite les différents essais qui ont été faits pour guérir la syphilis au moyen de la sérothérapie : ceux de Tarnowski, de Pellizzari, de Cotterel, de César Boeck, de Wiewerowski, etc.

Actuellement, M. emploie un sérum plus facile à obtenir : il suffit d'appliquer pendant douze à quatorze heures sur une région quelconque du corps, un emplâtre épispastique pour obtenir un liquide qui ne soit ni inflammatoire ni hémorragique. On stérilise la peau et on désinfecte l'emplâtre en le passant au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool et on recueille le liquide dans des tubes de verre stérilisés.

Chez la plupart des malades traités avec des injections de ce sérum on observe de la céphalalgie, de l'insomnie et des sueurs nocturnes. L'emploi de ce sérum modifie d'abord favorablement le chancre, ensuite les plaques muqueuses et les engorgements ganglionnaires. En outre, les hématies augmentent, l'anémie disparaît. La roséole s'efface, ensuite les éruptions papulo-squameuses et puis les grosses papules. Les lésions les plus rebelles sont celles qui résultent de la confluence des papules, les tumeurs, le rupia.

A. Doyon.

Traitement de la syphilis au moyen de petits sachets de mercure (Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilbersäckchen), par Welander. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LIV, p. 59.

W. a entrepris de nouvelles recherches sur le traitement de la syphilis au moyen de petits sachets de mercure et il est convaincu que, avec cette méthode de traitement, il se fait une absorption rapide et énergique du mercure qui reste longtemps actif dans l'organisme. L'opinion vers laquelle il penchait, c'est-à-dire que l'absorption du mercure se faisait, pour la plus grande partie, par les voies respiratoires, n'est pas tout à fait juste, car, comme Picardi l'a démontré, une certaine quantité de mercure est absorbée aussi par la peau, mais non comme W. l'a toujours fait remarquer, simplement par friction, mais seulement à l'état volatil, c'est-à-dire sous forme de vapeur.

Gschwend, qui a fait de nombreuses recherches sur l'action des petits sachets mercuriels, dit que cette méthode malgré ses avantages, simplicité et propreté, présente aussi des inconvénients, les stomatites fréquentes et les récidives survenant rapidement. Or, dans la statistique de Gschwend, W. montre que, de tous les cas de syphilis récente traités au moyen des sachets de mercure, 16 p. 100 seulement ont été soumis au

traitement pendant plus de 30 jours ; 58,1 p. 100 pendant moins de 25 jours, et même chez 30 p. 100 le premier traitement de la syphilis récente a duré moins de 20 jours. Après un aussi court traitement, fait observer W., on ne peut espérer que les récidives se fassent longtemps attendre. A. Doyon.

Traitement de la syphilis par les nitrites (The nitrite treatment in syphilis), par W. Browning. *Medical News*, 29 déc. 1900, p. 999.

L'action vaso-dilatatrice des nitrites peut être utile dans un grand nombre de formes de syphilis cérébrale et médullaire où l'ischémie joue un grand rôle ; ils atténuent les symptômes les plus graves et permettent d'attendre l'action des médicaments spécifiques.

Les nitrites alcalins ont une action assez durable, mais ils sont mal supportés par l'estomac.

La nitroglycérine est la seule préparation nitreuse qui soit réellement bien supportée et c'est une des plus efficaces, mais son action très rapide est aussi très passagère et elle s'atténue par l'accoutumance.

B. recommande le nitrate d'érythrol qui agit comme les nitrites, qui est très durable comme action et un peu mieux supporté que le nitrite de soude. On le donne à la dose de 3 à 6 centigrammes en pilules ou en solution alcoolique. W. D.

Accidents du traitement mercuriel.

Quelques considérations sur l'intoxication mercurielle, par Paul Dietz. *La Belgique médicale*, 1901, n° 5, p. 129.

D. rappelle les divers effets toxiques exercés par le mercure sur l'organisme : troubles gastro-intestinaux, stomatites, néphrites, érythèmes médicamenteux. Pour éviter l'apparition de symptômes intestinaux, D. emploie le tannate de mercure à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour, en y associant un peu de tannin. Avec cette préparation, on court peu de risques de voir éclater la stomatite ou l'entérite. Le début de la stomatite est parfois difficile à apercevoir et l'auteur attire l'attention sur un symptôme précoce auquel il attache une grande valeur : l'engorgement aigu, douloureux d'un ganglion situé en dessous de l'angle de la mâchoire. Cette adénite est consécutive à une ulcération superficielle qui existe au niveau de la dernière molaire, tout au début de la stomatite mercurielle. L. Dekeyser.

De la présence du mercure dans la salive (Ueber das Auftreten von Quecksilber im Mundspeichel), par Oppenheim. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LVI, p. 339.

O. a constaté que, dans le cours des traitements mercuriels, on trouve presque toujours du mercure dans la salive.

Dans le traitement par les injections, le mercure apparaît plus tôt dans la salive que dans le traitement par les frictions ; toutefois, dans les deux cas, on le constate plus tard que dans l'urine et les matières fécales.

Dans le traitement par les injections de sels solubles, le mercure disparaît plus rapidement de la salive que dans le traitement par les frictions et dans les deux cas beaucoup plus tôt que dans l'urine.

Ce n'est qu'après un séjour prolongé et continu dans des salles où il y a des vapeurs de mercure qu'il apparaît dans la salive. A. Doyon.

Des embolies pulmonaires dans les injections de préparations mercurielles insolubles (Fortgesetzte Beobachtungen über Lungenembolie bei Injection von unlöslichen Quecksilberpräparaten), par Möller. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LV, p. 173.

Sur 3835 injections avec du thymolate de mercure en suspension dans la paraffine (1 p. 10) il s'est produit quarante-trois fois des complications pulmonaires.

Depuis que M. fait les injections dans la partie supérieure de la région fessière et enfonce moins profondément l'aiguille, il a pratiqué plusieurs milliers d'injections intramusculaires sans avoir constaté une seule fois des complications pulmonaires. M. résume ainsi ses observations.

Dans les injections de sels mercuriels insolubles, il ne survient pas d'embolie pulmonaire quand il n'y a ni hémorragie par la canule ni refoulement de son contenu.

Quand, au contraire, il se produit une hémorragie par la canule, c'est-à-dire un refoulement de son contenu et que l'injection est poussée jusqu'au bout, on voit souvent survenir une embolie. Les symptômes de l'embolie sont fréquemment très éphémères, par conséquent, ils passent souvent inaperçus ou ont été rapportés à d'autres causes accidentelles.

Cependant l'embolie ne survient pas constamment : souvent on n'observe qu'une élévation de température avec ou sans autres symptômes (céphalalgie, nausées) qui indiquent une résorption plus rapide du mercure. Parfois il ne se produit aucune espèce de malaises.

Il peut aussi survenir une élévation de température après une injection mercurielle sans hémorragie par la canule ni refoulement de son contenu, c'est-à-dire sans que l'injection ait été intraveineuse. Cela tient certainement à une sensibilité individuelle plus grande de réaction par rapport au mercure résorbé.

L'injection de petites quantités de sels mercuriels solubles, jusqu'à un centigramme de sublimé dans les veines (avec hémorragie par la canule) ne produit en général ni élévation de température ni autres phénomènes.

Des injections intraveineuses de petites quantités (un centimètre cube) de paraffine liquide pure ne donnent pas lieu à des symptômes pulmonaires cliniquement appréciables.

Si on injecte de grandes quantités de graisses liquides (huile d'olive, paraffine liquide), il survient au contraire des embolies graves dans les poumons et le cerveau. A. Doyon.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Gonocoque.

Les gonocoques dans les sécrétions blennorragiques (The gonococci in the gonorrheal secretions), par Ravogli. *American Journal of Dermalology*, mai 1901, page 90.

Dans les premières heures de la blennorragie, quand il n'y a qu'un suintement clair, on y trouve les gonocoques en groupes à la surface des cellules épithéliales. Quand la suppuration est franchement établie, les gonocoques sont très nombreux et tous situés dans les globules de pus. A la

fin, quand l'écoulement est très rare et muqueux, les gonocoques sont les uns dans les globules de pus, les autres libres entre les cellules. Cette différence de situation tient aux différences dans le processus inflammatoire. Au début, il n'y a que de là congestion et de la desquamation et les gonocoques sont libres; dans la deuxième période, ils sont englobés par les leucocytes jouant le rôle de phagocytes; à la fin, les gonocoques ont perdu leur virulence et les tissus leur faculté de réaction, il n'y a plus de suppuration, plus de phagocytes.

L'urétrite chronique antérieure s'accuse par la goutte matinale. Dans l'urétrite chronique postérieure, l'écoulement reste sur place ou tombe dans la vessie. On trouve alors des filaments dans l'urine. Les filaments muqueux légers indiquent des lésions superficielles de la muqueuse ; les filaments courts, opaques, tombant rapidement au fond, contiennent du pus et indiquent des lésions plus profondes, atteignant les glandes de l'urètre ou de la prostate. Quand on ne trouve pas de gonocoques, il faut répéter les examens et au besoin faire une injection de nitrate d'argent pour provoquer la suppuration dans laquelle on trouvera plus facilement les gonocoques. W. D.

De l'importance et de l'étude bactériologique des filaments de l'urine dans l'urétrite post-blennorragique (Ueber die Bedeutung und die bakteriologische Untersuchung der Urinfilamente bei Urethritis nach Gonorrhoe mit specieller Berücksichtigung des Culturverfahrens), par Scholtz. *Beiträge zur Dermatologie und Syphilis Festschrift gewidmet H. I. Neumann*, 1900, p. 819.

Chez les hommes mariés ou en âge de se marier, qui n'ont pas eu depuis longtemps de blennorragie aiguë, on trouve cependant dans l'urine des filaments en plus ou moins grande quantité dans plus de 20 p. 100 des cas. Mais ces filaments ne contiennent des gonocoques, c'est-à-dire sont infectieux, que dans des cas relativement très rares. Le plus souvent ils proviennent vraisemblablement des altérations profondes de la muqueuse et de colonies bactériennes secondaires qui existent en ces points.

Ce n'est que par un traitement prolongé pendant des semaines et des mois qu'on peut les combattre. Pratiquement ce traitement n'est pas toujours facile ni suivi de succès.

De cette façon il est souvent difficile de se prononcer dans la question du mariage. Mais la recherche attentive et fréquemment renouvelée des gonocoques permet au contraire de dire d'une manière positive si le processus est infectieux et s'il doit ou non être traité.

Les cultures ont souvent une grande valeur dans la recherche des gonocoques; il faut en somme les préférer à la preuve microscopique dans les cas chroniques. Toutefois le procédé des cultures exige une certaine habitude et une grande expérience des recherches bactériologiques. A. Doyon.

Blennorragie des canalicules para-urétraux.

Para-urétrite blennorragique (Ueber Paraurethritis gonorrhoica), par Pezzoli. *Beiträge zur Dermatologie und Syphilis, Festschrift gewidmet H. I. Neumann*, 1900, p. 684.

Jeune homne de 22 ans, atteint d'une inflammation blennorragique d'un

canalicule para-urétral survenue six jours après le coït; il n'y avait aucune sécrétion, l'urine était complètement claire. Pour éviter que le canal épargné jusque-là soit infecté, P. fit l'excision totale du canalicule. La plaie guérit en peu de jours, par première intention. L'examen microscopique montra qu'il ne s'agissait pas d'une glande sébacée mais bien d'un canalicule para-urétral.

Dans le contenu purulent qui remplissait complètement la lumière du canalicule, il y avait de nombreux gonocoques, soit libres, soit renfermés dans des corpuscules de pus. Quant à l'infiltrat situé dans le tissu conjonctif entourant le canalicule, il était constitué, outre les leucocytes mono et polynucléaires, par une grande quantité de plasmazellen, de mastzellen et de mitoses.

P. regarde, avec Jadassohn et Jesionek, ces canalicules urétraux et préputiaux soit comme des fistules borgnes cutanées provenant d'anomalies embryonnaires, soit comme des conduits excréteurs des glandes de Littre situées à la surface d'une manière anormale. A. Doyon.

Infection blennorragique des canalicules préputiaux (Ueber gonorrhoische Infection präputialer Gänge), par Lanz. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. V, p. 203.

L. a eu l'occasion d'observer des canalicules préputiaux et para-urétraux atteints de blennorragie. Dans trois cas il a pu exciser les canalicules préputiaux. Dans le premier cas il a constaté la persistance de la blennorragie du canalicule préputial après la guérison de l'urétrite. Il y avait des gonocoques en petit nombre soit libres, soit dans des corpuscules de pus. On n'en trouvait ni dans les couches profondes de l'épithélium, ni dans le tissu conjonctif. Dans le second cas l'infection isolée du canalicule préputial était caractérisée par la présence dans l'épithélium d'une quantité considérable de gonocoques; dans le tissu conjonctif on ne trouvait que de petits groupes dans le voisinage de l'épithélium.

Dans le troisième cas l'examen histologique montra qu'un canalicule préputial atteint de blennorragie peut aussi guérir spontanément. A. Doyon.

Rhumatisme blennorragique.

Sur quelques cas d'arthrite blennorragique (Sopra alcuni casi di artrite blenorragica), par Bosellini. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 3, p. 265.

B. rapporte six cas d'arthrite blennorragique dans lesquels il a étudié l'exsudat articulaire au point de vue bactériologique; dans aucun de ces cas, il n'a pu constater du gonocoque à l'examen microscopique. Dans le premier cas seulement, B. a eu recours aux cultures et, malgré l'absence apparente de gonocoques à l'examen microscopique, il a obtenu des cultures de gonocoques par la méthode de Pfeiffer sur l'agar glycériné additionné de sang humain; le liquide blanc jaunâtre opaque et dense, extrait par la ponction au vingtième jour de l'arthrite, pendant la période fébrile, lui a donné de nombreuses colonies opaques d'un blanc vitré, finement granuleuses et à contours dentelés renfermant des gonocoques nets; le liquide analogue, mais un peu plus trouble, extrait le quarante-deuxième jour après la chute de la fièvre, ne renfermant également aucun

microorganisme visible au microscope, a donné par la culture des colonies analogues, renfermant des microbes très polymorphes: à côté de microbes absolument semblables au gonocoque, on voyait des diplocoques sphériques de volume variable, dont les plus grands ressemblaient aux formes involutives du gonocoque, des bacilles en forme de biscuit, ou accouplés en diplocoques, des cocci groupés en chaînettes, des bacilles, gros, fusiformes, multiloculaires. B. montre l'identité de ces bacilles dont les cultures ont l'aspect de celles du gonocoque, mais qui ne se décolorent pas par le Gram, avec les bacilles trouvés par divers auteurs au niveau des organes génitaux de l'homme et de la femme.

B. conclut de ces observations que la recherche du gonocoque par l'examen microscopique seul a peu de valeur, et que ce microorganisme peut, au moins dans les exsudats articulaires et peut-être aussi dans les exsudats des muqueuses et en particulier de l'urètre, exister sous des formes où on ne le reconnaît pas, sous celle de fragments se colorant mal, qui passent inaperçus au milieu des granulations des cellules. G. T.

Traitement de la blennorragie.

De l'emploi du citrate de bismuth et du citrate double de bismuth et d'argent dans le traitement de la blennorragie, par F. Balzer et Leroy. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 22 septembre 1900, p. 609.

B. et L. ont pensé que les sels métalliques solubles peuvent avoir des propriétés analogues à celles des sels d'argent solubles dans le traitement de la blennorragie et que le bismuth, dont les sels insolubles sont utilisés contre cette affection, pouvait avoir une action plus favorable sous la forme de sels solubles; ils ont choisi le citrate en raison de l'emploi heureux de l'acide citrique dans le traitement de cette même affection. Ils se sont servis, pour les lavages par la méthode de Janet, de solutions de citrate de bismuth à doses très faibles, de 1 p. 20 000 d'abord, pour arriver progressivement, en raison de l'innocuité complète des lavages, à des solutions à 1 p. 500; cette substance n'a qu'une faible action dans le traitement de la blennorragie, elle est insuffisante dans la période aiguë et dans les cas d'une certaine intensité; elle est inférieure aux préparations d'argent et ne peut réussir que dans les cas aigus à leur déclin ou dans les urétrites chroniques superficielles; elle donne alors des résultats satisfaisants et peut être employée dans les cas où on redouterait de provoquer trop de réaction par d'autres agents. Les lavages avec la solution de citrate double de bismuth et d'argent, à 1 p. 2 000 ou p. 1 000, sont beaucoup plus douloureux que les précédents; ils paraissent agir comme le citrate d'argent; il est possible que le citrate de bismuth modère dans une certaine mesure l'action irritante du citrate d'argent et l'association des deux sels semble avoir des avantages. G. T.

Le Gérant : Pierre Auger.

2738-01. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.



TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'HERPÈS RÉCIDIVANT DE LA PEAU

Par **W. Dubreuilh** et **F. Dorso.**

Depuis le travail de Bertholle en 1876 (1), il a été publié un certain nombre d'observations d'herpès récidivant de la peau, mais il n'a été fait, à notre connaissance, aucun travail d'ensemble sur la question. Ayant eu l'occasion d'en observer cinq cas, il nous a paru intéressant de les réunir et de les comparer aux quelques observations disséminées que l'on trouve dans les auteurs.

Ces observations forment deux groupes naturels différant, non seulement par le siège de l'éruption, mais encore par les phénomènes qui les accompagnent et par la marche générale de la maladie.

Ces deux groupes sont l'herpès récidivant de la face et l'herpès récidivant de la fesse, auxquels on pourrait joindre un troisième constitué par deux observations d'herpès récidivant du doigt, publiées par Hallopeau et Epstein.

I. — Herpès récidivant de la face.

Observation I. (*Publiée en partie par* W. Dubreuilh (2) *à la Société de dermatologie.*) — Gabrielle F..., âgée de quinze ans, est une jeune fille robuste, bien portante, n'ayant jamais présenté de troubles nerveux d'aucune sorte. Les parents sont également bien portants et sans tare nerveuse ; elle est le troisième enfant d'une famille de quatre ; les autres ne présentent aucun trouble de la santé générale ni aucune éruption analogue.

Depuis l'âge de cinq ans jusqu'à quatorze ans il est survenu tous les ans, vers le printemps et toujours au même endroit, une petite bulle qui disparaissait en quelques jours et qui a laissé une cicatrice grande comme un haricot sur la partie moyenne du bord maxillaire inférieur gauche. Depuis un an l'éruption se montre tous les mois ou même davantage sans relation fixe avec la menstruation. Les boutons ont occupé des sièges un peu différents. Chaque poussée éruptive laisse à sa suite une cicatrice. On ne peut incriminer aucun médicament.

9 février 1900. — L'éruption actuelle date de deux jours. Elle est survenue comme d'habitude la nuit, sans cause occasionnelle appréciable, sans être annoncée par aucun symptôme particulier. Le matin au réveil, G... aperçoit un petit bouton rouge, entouré d'une zone érythémateuse, avec sensation de cuisson. Pendant la journée il se développe une bulle, qui se

(1) Bertholle. De l'herpès récidivant de la peau. *Gazette des hôpitaux*, 1876.
(2) W. Dubreuilh. Herpès récidivant de la face. *Annales de dermat.*, 1900, p. 651.

rompt vers le deuxième jour. L'érythème et la douleur disparaissent, la croûte tombe au bout de quatre à cinq jours, laissant une cicatrice.

A la partie inférieure de la joue gauche on trouve un groupe de trois bulles, de 5 à 10 millimètres de large, rondes, peu tendues (elles se sont rompues la nuit dernière), contenant un liquide clair. La voûte est formée d'une couche cornée épaisse et infiltrée. Le plancher est blanchâtre et macéré. Aucun liséré érythémateux, aucune infiltration. Pas de douleurs, pas de troubles de la sensibilité. Ces bulles siègent, paraît-il, sur la cicatrice d'éruptions antérieures. Au-dessous est une cicatrice de 1 centimètre sur 2 centimètres, très superficielle, mais un peu déprimée et bien limitée, parfaitement souple. C'est le siège des éruptions de la première enfance. En arrière, groupe de sept ou huit cicatrices de 3 à 4 millimètres, très superficielles, apparaissant simplement comme de petites dépressions bien limitées. Sous le côté droit du menton, cicatrice déprimée de 1 centimètre sur 2 centimètres environ, irrégulièrement festonnée, causée par une seule poussée, celle du mois dernier.

Traitement : élixir parégorique, V gouttes matin et soir.

12 février. — Les deux bulles se sont affaissées, laissant une croûtelle jaunâtre mince et souple.

16 février. — Les deux bulles sont remplacées par deux petites taches lenticulaires, érythémateuses, sans saillie et de sensibilité normale.

21 février. — Nouvelle poussée. Ce matin en se réveillant la malade s'est aperçue d'un petit bouton sur la joue gauche qui depuis lors a un peu grandi, et actuellement, à dix heures du matin, on trouve sur la joue gauche, à 1 centimètre et demi au-dessus de la lésion précédente, un petit groupe, grand comme une lentille, de vésicules miliaires cohérentes, tendues et très dures au toucher, contenant un liquide clair sans infiltration sous-jacente, entourées d'une zone rose assez large et diffuse. Pas de démangeaison, pas de douleur, sensibilité normale.

Pas d'adénopathie.

Cette éruption est de tout point semblable à celles qui l'ont précédée. Pas de troubles de la santé générale. Aucun médicament ne peut être mis en cause.

7 mars. — Les lésions de la joue gauche sont guéries depuis quatre à cinq jours. On aperçoit à l'emplacement des anciennes vésicules une grande plaque rouge irrégulière un peu saillante. Depuis la nuit dernière, apparition de lésions nouvelles sur le côté droit du menton. A côté et en dehors des cicatrices anciennes, est un groupe grand comme une lentille de petites vésicules miliaires tendues, contenant un liquide louche, entourées d'une aréole inflammatoire. Pas de sensation spéciale.

Traitement : Cacodylate de soude.

2 avril. — Récidive depuis hier sur la joue gauche, au siège de la première poussée observée. Deux petites bulles irrégulières, grandes comme une lentille, paraissant formées par confluence d'éléments plus petits. Au-devant d'elles et contiguës sont deux petites taches rouges, probablement des bulles rompues. Pendant deux ou trois jours avant le début de la poussée, la malade a ressenti quelques élancements. La poussée du 7 mars n'a laissé aucune trace.

18 avril. — Le 15 au matin, nouvelle poussée au milieu de la joue gauche

au-dessus des éruptions antérieures. Vers midi du même jour, un deuxième groupe est apparu à 2 centimètres plus bas. L'un et l'autre groupe sont formés de vésicules du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille, actuellement à peu près desséchées et sans érythème.

Traitement : Iodure de potassium : 50 centigrammes par jour.

16 mai. — Nouvelle poussée à mi-chemin entre la commissure gauche et le lobule de l'oreille. Groupe de bulles de la grandeur d'un grain de mil à un haricot, formé par la confluence de vésicules miliaires. Il en résulte des cavités uniloculaires peu tendues contenant un liquide louche, s'élevant sur une peau à peine rosée.

L'éruption est apparue lundi soir (il y a trente-six heures), sans que la malade ait rien senti dans la journée. L'éruption s'est accompagnée de lancements ; elle était complète le mardi matin.

Traitement : Sinapismes à la nuque.

17 juillet. — Hier soir, vers quatre heures, à la suite de petits picotements in situ qui avaient commencé à une heure de l'après-midi, il s'est produit sous le menton et autour de la cicatrice ancienne un groupe de huit vésicules, du volume d'un grain de mil à un grain de chènevis, qui sont actuellement remplies d'une sérosité louche et entourées d'une aréole inflammatoire et reposent sur une base un peu infiltrée. La dernière poussée date de deux mois ; depuis longtemps il n'y avait pas eu un aussi long intervalle entre deux poussées.

Traitement : Une tasse de tisane de valériane chaque soir.

26 novembre. — Hier soir, vers cinq heures, la malade a senti quelques élancements sur la partie inférieure de la joue gauche, un petit bouton est apparu, les autres sont apparus dans la nuit ; elle a du reste parfaitement dormi. Actuellement, on trouve un groupe de vésicules mesurant deux centimètres sur un centimètre, siégeant sur une base érythémateuse rose vif, légèrement saillante ; les vésicules sont au nombre d'une douzaine, variant du volume d'un grain de mil à celui d'une lentille, plus ou moins confluentes, saillantes, dures et tendues.

Quelques élancements de temps en temps, pas de démangeaisons. Cette poussée est la première depuis le mois de juillet.

14 décembre. — La malade revient ce matin avec une poussée qui s'est produite dans le courant de la nuit, sans que rien ait pu la faire soupçonner hier. On trouve au milieu de la joue et sur la ligne unissant le lobule de l'oreille à la commissure gauche, par conséquent un peu plus haut que les éruptions antérieures, un groupe de vingt ou trente vésicules, de la grandeur d'une tête d'épingle à un grain de mil, réunies et parfois confluentes, sur une surface quadrilatère d'à peu près 4 centimètres. Ces vésicules sont fermes, blanchâtres, siègent sur une surface à peine rosée, mal limitée et sans infiltration. A la piqûre, ces vésicules laissent écouler un liquide très légèrement louche.

Traitement : Badigeonnages de formol.

16 décembre. — Les badigeonnages de formol ont déterminé une petite sensation de brûlure. Pas de desquamation. La poussée actuelle a évidemment avorté, il n'y a pas eu de gonflement de la peau comme d'habitude et les vésicules se sont séchées sans aboutir à la confluence.

4 février 1901. — Vendredi 1[er] février, à onze heures du matin, est apparue sur la joue gauche une plaque rouge qui s'est aussitôt couverte de petites vésicules. La malade a fait un badigeonnage au formol. Le lendemain toutes les vésicules étaient desséchées. Actuellement, on trouve au milieu de la joue, presque sur la ligne allant du lobule de l'oreille à l'aile du nez, un groupe large d'un centimètre, formé de petites croûtes transparentes, sèches, adhérentes, isolées. L'éruption a donc guéri plus vite que d'habitude.

Depuis cette époque la malade n'a plus reparu à la consultation.

Obs. II (*Inédite*). — M[lle] X... est une fillette de onze ans, bien développée, quoique plutôt petite, et qui n'a jamais été malade. La santé générale est parfaite et toutes les grandes fonctions sont régulières.

L'affection actuelle s'est montrée pour la première fois à l'âge de quatre ans et, depuis lors, les récidives se sont succédé à des intervalles variant de un à six mois ; une fois elle est restée huit mois sans poussée, et la dernière remonte à quatre mois. Toutes les poussées se sont produites de la même façon et au même point, précédées par des démangeaisons et se faisant généralement la nuit. La poussée actuelle est semblable à toutes les autres, sauf qu'elle s'est faite en deux fois.

8 janvier 1901. — Quand elle vient se présenter, elle raconte qu'il y a deux jours, dimanche matin, elle a eu une petite poussée constituée par un groupe de vésicules situé au voisinage de la commissure buccale gauche, large de un centimètre ; ce groupe est actuellement desséché et formé de croûtes jaunâtres, tout à fait semblable à un groupe d'herpès fébrile en voie de guérison.

Hier lundi, elle a éprouvé un peu de démangeaison sur la joue gauche, sans du reste éprouver aucun malaise ou aucun dérangement de sa santé générale, son appétit ou ses fonctions digestives ; la nuit s'est passée comme d'habitude et le sommeil a été normal ; le matin au réveil l'éruption était faite.

On trouve, au milieu de la joue gauche, un groupe de vésicules mesurant trois centimètres sur deux, bien limité, de forme irrégulière. Il est formé de vésicules de la grosseur d'un grain de mil, égales, cohérentes, rarement confluentes, blanchâtres, dures, fermes au toucher, contenant un liquide clair ; l'une d'elles a commencé à se dessécher en une croûte jaune ambré, épaisse et inégale. L'ensemble de la plaque présente à la palpation un léger épaississement œdémateux mou, la peau qui sépare les vésicules et qui entoure immédiatement le groupe, présente une teinte rosée à peine plus marquée que la peau saine du voisinage. L'éruption est tout à fait indolente. Au dire du père, l'éruption une fois faite ne se modifie pas, ne s'agrandit pas, mais au bout de vingt-quatre heures commence à se dessécher et guérit en trois ou quatre jours, sans laisser de traces. On ne voit pas de cicatrices dans le voisinage. Il n'y a aucun trouble de la santé générale, aucune circonstance extérieure ne peut être invoquée comme cause occasionnelle de l'éruption.

Toutes les éruptions se sont produites de la même façon et ont évolué de même.

Traitement : 1 gramme d'analgésine quand la malade éprouve la déman-

geaison prodromique ; iodure et bromure de sodium, de chaque 0 gr. 50 pendant une quinzaine chaque mois.

Obs. III. — Émile L... est un petit garçon de cinq ans. Le père et la mère jouissent d'une parfaite santé. L'enfant a eu la diphtérie il y a trois ans et a été traité par le sérum. D'un tempérament strumeux, il est atteint actuellement d'une légère blépharite.

Depuis l'âge de deux ans (aussitôt après sa diphtérie), il est apparu, à intervalles variant de huit jours à six mois, une série d'éruptions au niveau de la joue droite, éruptions siégeant seulement en deux endroits bien limités, où elles ont laissé deux cicatrices rosées, légèrement déprimées, arrondies, larges comme une pièce de 2 francs, l'une située à quatre ou cinq centimètres en arrière de la commissure labiale et sur la même ligne horizontale, l'autre à deux centimètres en arrière et un peu au-dessus de la première.

Chaque éruption débute la nuit, sans cause apparente. Le matin, au réveil de l'enfant, après un sommeil aussi calme qu'à l'ordinaire, on constate la présence, sur l'une des cicatrices qui a pris une coloration un peu plus foncée, d'un groupe de petits boutons rouges déterminant une légère sensation de cuisson. Ces boutons ne tardent pas à se transformer en petites vésicules blanchâtres, arrondies et saillantes, qui se rompent le lendemain ou le surlendemain, en laissant échapper un peu de liquide tantôt clair, tantôt louche. La tension et la cuisson disparaissent alors ; sur chaque ancienne vésicule une petite croûte se forme qui tombe bientôt et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la poussée suivante.

La dernière éruption date de six mois.

14 mai 1901. — Il y a deux jours, l'enfant a ressenti le soir, sans cause connue, une légère démangeaison au niveau de la cicatrice antérieure. Hier matin, après un sommeil tranquille, on apercevait 5 à 6 petits boutons rougeâtres qui, dans la même matinée, se sont transformés en vésicules arrondies, tendues ; en même temps la cicatrice s'entourait d'une zone érythémateuse. Ce matin, à dix heures, toutes les vésicules sont affaissées ; elles ont laissé échapper un peu de liquide clair. La cuisson a disparu. La sensibilité est normale sur la cicatrice. Des croûtes commencent à se former à la place de chaque vésicule.

15 mai. — Les croûtelles sont complètement formées.

Notons qu'en même temps qu'apparaissait cette éruption, la blépharite de l'enfant s'accentuait et obligeait la mère à le faire traiter à la clinique ophtalmologique.

Aucun médicament n'a été essayé jusqu'à présent pour le traitement des éruptions successives.

L'enfant a été revu depuis et n'a pas encore eu de récidive.

Obs. IV (Epstein) (1). — Jeune homme de dix-sept ans, présentant depuis l'âge de un an, et plusieurs fois par an, sur la joue gauche, des éruptions d'herpès, survenant sans cause occasionnelle. Elles sont annoncées un ou deux jours à l'avance par des névralgies dans le territoire de la 2e branche

(1) Epstein. Zoster und Herpes facialis et genitalis. *Viertelj. f. Dermat.*, 1886 p. 790.

du trijumeau gauche, et par un peu de fièvre. L'éruption se forme la nuit, sans influencer le sommeil; le matin au réveil elle est complètement formée. Chaque éruption se fait sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Elles ont laissé sur la joue gauche une foule de petites cicatrices déprimées qui s'étendent sur presque toute l'étendue de la joue. Actuellement on voit, au voisinage de la narine gauche et du côté gauche de la lèvre supérieure un certain nombre de vésicules claires. Pas de fièvre, pas de troubles digestifs. Huit à neuf jours après les vésicules ont disparu.

Obs. V (Thibierge) (1). — Une jeune fille de seize ans présentait depuis quelques jours une éruption herpétique sur la joue gauche, juste au-dessous de l'œil. Cette éruption, ressemblant assez au premier abord à une plaque érysipélateuse, s'en distinguait en ce qu'elle était formée de petits îlots rouges, irréguliers, sur lesquels on reconnaissait, saillantes, arrondies, confluentes, des vésicules en voie de disparition. On trouvait un ganglion douloureux et gonflé sous le maxillaire inférieur gauche. L'éruption avait été précédée par du larmoiement de l'œil gauche et un peu de conjonctivite du même côté.

La malade avait déjà eu une éruption semblable quatre mois auparavant au même point.

Entre ces cinq observations, il existe un air de famille des plus prononcés.

La maladie a débuté dans la première enfance, puis les poussées se répètent indéfiniment sans périodicité régulière et avec une fréquence variable, les intervalles d'une poussée à l'autre variant de quelques jours à plusieurs mois. La santé générale des malades est parfaite, on ne trouve chez eux aucune tare importante; aucune cause occasionnelle ne justifie la poussée éruptive. Celle-ci est cependant généralement annoncée un ou deux jours à l'avance par une sensation de chaleur ou de démangeaison au point qu'elle doit occuper, ou même, comme dans l'observation d'Epstein, par de la fièvre, du frisson et une névralgie assez accusée. Pas de troubles gastriques. La dernière nuit le malade dort tranquillement, et à son réveil l'éruption est faite sous forme d'une plaque rosée, criblée de petites vésicules miliaires. En général, l'éruption se fait d'un seul coup; d'autres fois, elle se complète le jour même ou le lendemain. Les vésicules, au moment de leur apparition, sont claires, tendues, remplies d'un liquide incolore qui, les jours suivants, peut devenir un peu louche. Puis elles se dessèchent et, au bout de huit ou dix jours, les croûtes tombent et tout rentre dans l'ordre, sauf qu'il persiste assez souvent une légère cicatrice. Le siège à peu près constant de l'éruption est la partie moyenne ou inférieure de l'une ou l'autre joue. Dans l'observation d'Epstein, elle a occupé successivement presque toute l'étendue de la joue; dans notre observation I,

(1) Thibierge. *Mercredi médical*, 1890, n° 42, p. 521.

elle se faisait le plus souvent sur la joue gauche, quelquefois sur la joue droite.

Nous ignorons comment la maladie se termine, combien de temps elle peut durer, car nous ne connaissons pas de cas où sa disparition ait été constatée. Le malade d'Epstein avait dix-sept ans et rien ne faisait prévoir la cessation prochaine des poussées. Aucun traitement ne paraît avoir exercé la moindre influence. Chez notre première malade nous avons essayé un peu de tout, et les poussées d'herpès se répétaient toujours. Nous ne sommes même pas parvenu à les faire avorter, bien que les badigeonnages de formol paraissent avoir enrayé un peu leur développement.

II. — Herpès récidivant de la fesse.

Obs. VI (*Inédite*). — M. X..., ingénieur, habitant l'est de la France et âgé de trente ans environ, est un homme assez vigoureux, blond. Il vient consulter l'un de nous pour des poussées récidivantes à la fesse droite et aux poignets.

Antécédents héréditaires : Son grand-père maternel et ses oncles maternels sont tous goutteux ou graveleux.

Antécédents personnels : Migraines, depuis son enfance, qui ont autrefois été très fréquentes, jusqu'à deux par semaine, mais depuis deux ans elles le sont moins et ne surviennent guère que tous les deux mois. Il a longtemps souffert de douleurs d'estomac et a été soigné pour une dilatation de l'estomac; depuis deux ans environ il va mieux de ce côté sans en être cependant complètement guéri. Il est très nerveux et impressionnable et a des alternatives de dépression et d'excitation; dans ses périodes de dépression il est mélancolique, abattu physiquement et moralement; dans ses périodes d'excitation il se sent mieux à tous les points de vue. Il a eu souvent l'herpès récidivant génital, et quelquefois des aphtes dans la bouche (herpès récidivant buccal). Pendant longtemps il a gardé une blennorrhagie à rechutes, qui a été guérie à Bâle par le Dr Burckardt et il n'en reste plus de traces. Gale il y a un an et demi, guérie par la pommade au naphtol. Actuellement il ne prend aucun médicament.

Vie sédentaire. Pas de sable urinaire.

L'herpès récidivant de la fesse a fait son apparition il y a six ans. Depuis lors il survient environ deux fois par an, au printemps et en automne, et toujours exactement au même endroit.

L'éruption survient sans cause occasionnelle connue; elle est annoncée un jour à l'avance par une douleur névralgique située à la face postérieure de la cuisse et formant une ligne de 20 centimètres de longueur environ. Il apparaît alors un groupe de vésicules sur la face postérieure de la cuisse droite, juste au-dessous du pli fessier; ces vésicules se rompent, forment une croûte sous laquelle il se fait un peu de suppuration, et la lésion guérit en trois ou quatre semaines.

Il y a eu une poussée il y a trois semaines.

17 avril 1901. — Actuellement on trouve au-dessous du pli fessier droit une plaque rouge de 3 ou 4 centimètres transversalement sur 1 ou 2

verticalement, de forme assez irrégulière. Cette plaque est rouge foncé, enflammée, gonflée, saillante, un peu douloureuse, avec quelques dépressions correspondant à des cicatrices ; dans le voisinage se trouvent quelques croûtes brunes, rondes, de 2 à 3 millimètres, dues à des vésicules aberrantes desséchées. La dernière éruption date de trois semaines et la guérison est prévue pour dans une à deux semaines.

L'éruption des poignets a fait suite à la gale et y a parfois assez ressemblé pour que Brocq, consulté trois mois après la guérison de cette gale, ait un moment cru à une rechute. L'éruption se fait par poussées irrégulières et, à vrai dire, il se produit incessamment quelques vésicules isolées. Les poussées sont généralement précédées d'une sensation de chaleur aux poignets avec un peu de rougeur et un état particulier de la peau que le malade qualifie de « savonneuse » ou d' « onctueuse ». Ensuite la poussée se fait non pas d'un seul coup, mais échelonnée sur plusieurs jours, de sorte que toutes les vésicules ne sont pas contemporaines. Il apparaît des vésicules miliaires, claires, tendues, que le malade a toujours envie de rompre, bien qu'il n'y ait pas de démangeaison et que leur rupture n'amène aucun soulagement. Les vésicules se dessèchent en une croûte brunâtre. L'éruption ne forme pas un groupe limité, mais les éléments en sont disséminés sur toute la face palmaire du poignet, toujours plus abondants à droite qu'à gauche. Elle ne s'accompagne d'aucune démangeaison diurne ni nocturne ; elle ne saurait à ce point de vue être confondue avec la gale que le malade connaît ; il s'est, à cette occasion, furieusement gratté.

Actuellement on trouve aux deux poignets et surtout à droite, sur une hauteur à peu près égale à la largeur du poignet, des croûtelles brunes, rondes, de 1 à 3 millimètres de large, disséminées, les unes appliquées sur une peau normale (ce sont les plus anciennes), d'autres sur une base rouge et enflammée ; aucune n'est vésiculeuse. Pas de pustule, pas de lésions de grattage, pas de desquamation.

L'éruption des poignets survient beaucoup plus souvent que celle de la fesse, mais les éruptions du poignet les plus abondantes coïncident avec les poussées de la fesse. Leur apparition n'est pas en rapport avec les migraines ni avec les périodes de dépression ou d'euphorie, ni avec les fatigues intellectuelles. La seule cause occasionnelle qu'il ait pu trouver est le changement de régime : quand il se met en voyage il a généralement une poussée vers le troisième jour du voyage. L'éruption paraît plus abondante en été et une des poussées a été diagnostiquée dyshidrose par Buri, de Bâle.

Aucun traitement n'a eu d'influence, et notamment l'arsenic n'a rien fait.



Obs. VII (*Inédite*). — Mme X... est une jeune femme brune de vingt-cinq ans environ, avec une hérédité arthritique des plus accusées. Son père, qui était médecin, fut extrêmement obèse, goutteux et dyspeptique. Depuis son enfance, elle a souvent des migraines violentes accompagnées de vomissements qui se sont répétés jusqu'à 80 fois dans une même journée. Ces migraines siègent habituellement à gauche et sont généralement précédées par un scotome scintillant en enceinte fortifiée, siégeant à droite et accompagné d'hémianopsie. Il n'y a pas d'autres troubles nerveux. La première poussée d'herpès a eu lieu il y a deux ans, quelques jours après son mariage. Depuis lors les attaques se sont répétées à des intervalles de un à

trois mois. Elles apparaissent brusquement, sans relation avec les migraines ou la menstruation. Elles débutent par une démangeaison qui siège toujours au même point, à la partie supérieure de la fesse droite. A ce moment on y constate une plaque dure, rouge vif, couverte de vésicules. La démangeaison persiste jusqu'à ce que les vésicules aient été rompues, puis tout guérit en cinq ou six jours. Rien ne fait prévoir la poussée, aucune circonstance connue ne paraît la provoquer. La malade ne prend pas d'antipyrine ni aucun autre médicament.

28 décembre 1898. — Actuellement on trouve à la partie supérieure de la fesse droite une plaque rouge, grande comme la paume de la main, couverte de croûtes, quelques-unes couvrant de petites collections purulentes dues au grattage et à une infection surajoutée. L'éruption actuelle s'est produite au même point et de la même façon que toutes les autres ; elle est cependant un peu plus grande et les croûtes ont duré un peu plus longtemps que d'habitude.

Obs. VIII (Feulard) (1). — Jeune garçon de treize ans, présentant sur la fesse droite un groupe d'herpès géant, formé de vésicules grosses comme une lentille.

La plaque est grande comme la main et occupe la moitié interne de la fesse

Ganglion douloureux dans l'aine droite.

Début il y a quatre jours par du malaise, du mal de gorge, de la fièvre et une éruption en divers points du corps de grandes taches érythémateuses.

Depuis l'âge de trois ans le malade a des poussées analogues toujours au même endroit, deux ou trois fois chaque année.

Sujet un peu nerveux, pâle, mais de bonne santé habituelle.

Obs. IX (*Résumée*) (Bertholle) (2). — Il s'agit d'un médecin âgé de quarante-huit ans qui, dès son enfance, a eu de l'herpès labial, remplacé vers l'âge de vingt ans par de l'herpès préputial. L'herpès de la fesse a débuté vers trente ans et s'est manifesté de plus en plus souvent depuis cette époque; en même temps apparurent des accès d'asthme, alternant avec des douleurs névralgiques intenses dans l'épaule. Vers l'âge de trente-cinq ans survinrent des migraines, puis une cystite douloureuse à forme névralgique. Les migraines devinrent plus violentes et plus fréquentes, au moins tous les deux mois, survenant périodiquement et s'accompagnant régulièrement d'une éruption d'herpès à la fesse.

L'accès débute par une journée d'excitation nerveuse, puis après une nuit calme survient l'accès de migraine avec douleur sus-orbitaire droite, vomissements, éructations, vertiges et faiblesse musculaire. La migraine dure douze heures. Le second ou le troisième jour, le malaise revient accompagné d'un point sensible dans la fesse gauche. Cette douleur va en augmentant pendant vingt-quatre heures, devenant extrêmement violente et s'accompagnant d'irradiations dans tout le membre inférieur gauche, surtout le genou qui est hyperesthésique, dans le scrotum et quelquefois

(1) Feulard. Herpès récidivant de la fesse. *Annales de Dermatologie*, janvier 1895, p. 32.

(2) Bertholle. *Gazette des hôpitaux*, 1876, p. 836 et 859.

la vessie. Le troisième ou quatrième jour, quand la douleur s'atténue au point douloureux de la fesse, apparaît une tuméfaction inflammatoire de la peau qui se couvre de vésicules d'herpès. L'éruption s'accompagne d'un gonflement douloureux des ganglions de l'aine et elle se dessèche vers le quatrième jour. Les accès les plus violents sont suivis de coliques, de diarrhée bilieuse et d'un écoulement hémorroïdal.

Obs. X (Coriveaud) (1). — Le sujet de cette observation est un homme de cinquante ans, sans tare diathésique, qui est sujet depuis l'âge de vingt-six ans à des névralgies sciatiques.

Chaque crise éclate brusquement sans cause connue : c'est une douleur lancinante ou térébrante qui envahit tantôt tout le membre inférieur gauche, tantôt le droit, tantôt un point seul et bien limité comme la région post-trochantérienne. Après un ou deux jours la douleur s'apaise et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la nouvelle crise qui apparaît une semaine, quelquefois plusieurs mois ou même une année après. Chaque accès est invariablement suivi de l'apparition d'une petite plaque d'herpès, le plus souvent à la marge de l'anus ou dans les environs immédiats.

Aucun traitement n'a réussi à soulager le malade, sauf celui imaginé d'ailleurs un jour par lui-même, qui consistait à jouer quelques airs sur un violon, fût-ce des gammes. Cette thérapeutique bizarre ne semblait donc pas agir par auto-suggestion; il y avait là sans doute l'action d'un ébranlement purement mécanique dont l'effet se faisait sentir à distance sur le sciatique douloureux par l'intermédiaire des nerfs de la région scapulaire, cervicale et céphalique.

L'évolution de l'herpès récidivant de la fesse est beaucoup plus variable et plus accidentée que celle de la forme précédente.

Les malades sont généralement des adultes, voire des personnes d'âge mûr, et c'est entre vingt et trente ans que l'éruption est apparue, sauf pour l'observation VIII, où elle a commencé à l'âge de trois ans. L'apparition de l'herpès a été précédée ou accompagnée par une série de manifestations morbides rentrant dans la catégorie de ce qu'on appelle du mot vague et général d'arthritisme. Ce sont des névropathes (obs. VI), des asthmatiques (obs. IX), des migraineux (obs. VI, VII et IX). Ils ont eu quelquefois antérieurement de l'herpès récidivant buccal ou génital (obs. VI et IX). La coïncidence ou l'alternance avec la migraine est très frappante et existe dans toutes les observations les plus typiques.

L'éruption survient généralement sans cause connue, mais elle est souvent précédée soit par une attaque de migraine (obs. IX), soit par des névralgies siégeant sur le territoire du sciatique, généralement au point qu'occupera l'éruption (obs. VI, IX), d'autres fois en des points plus éloignés, voire même du côté opposé. L'éruption se produit quelquefois la nuit, d'autres fois à des moments variables, en une seule fois ou par poussées successives. Une fois faite elle

(1) Coriveaud. *Gazette médicale de Paris*, 1896, p. 265.

évolue comme d'habitude, guérissant en une ou deux semaines et laissant assez souvent quelques cicatrices superficielles.

Le siège le plus ordinaire de l'éruption est la fesse de l'un ou l'autre côté, le plus souvent à droite, mais elle peut également occuper des régions voisines telles que la partie postérieure de la cuisse ou la partie interne de la fesse près de la marge de l'anus (obs. X).

La manifestation éruptive n'est pas toujours unique. Dans l'observation VIII elle s'accompagnait de plaques érythémateuses siégeant en des points variés. Dans notre observation VI il survenait à la face palmaire des poignets des poussées vésiculeuses d'aspect dyshidrosique, très fréquentes, presque continues, généralement discrètes, mais quelquefois très abondantes, et les poussées d'herpès récidivant de la fesse coïncidaient avec les poussées les plus abondantes du côté des poignets.

Dans les observations VIII et IX les poussées herpétiques s'accompagnent d'adénopathie douloureuse dans le pli de l'aine correspondant.

Le traitement ne paraît pas avoir eu plus d'influence sur cette forme que sur la précédente. Signalons cependant le procédé étrange du malade de Coriveaud, chez lequel les douleurs disparaissaient brusquement et complètement dès qu'il se mettait à jouer du violon. On pourrait cependant essayer ici, et peut-être avec plus de chances de succès que pour l'herpès récidivant de la face, l'antipyrine donnée au moment de l'apparition de la névralgie.

Diagnostic. — L'herpès récidivant de la peau est, en somme, caractérisé par le type éruptif, par la récidive toujours au même point, et par les troubles névralgiques qui l'accompagnent dans la plupart des cas. Ces caractères éveillent immédiatement l'idée d'une éruption antipyrinique. On sait que les érythèmes fixes dus à l'antipyrine ont ce caractère de récidiver toujours au même point avec le même aspect, après avoir été précédés de névralgies ou de migraines qui ont provoqué l'usage de l'antipyrine. La confusion est d'autant plus possible que les érythèmes fixes dus à l'antipyrine sont assez souvent vésiculeux ou bulleux et peuvent être réduits à une seule plaque, mais il n'y a aucun rapport de localisation entre les névralgies antécédentes et l'éruption, l'érythème antipyrinique est beaucoup plus œdémateux et infiltré, il est douloureux par lui-même et il laisse à sa suite non une cicatrice, mais une pigmentation intense et très persistante.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic avec l'herpès récidivant cataménial, catactérisé par sa coïncidence régulière avec la menstruation et son siège beaucoup plus variable.

Quant à l'herpès récidivant génital, il forme des groupes moins

compacts, dont le siège varie facilement d'un côté à l'autre de la ligne médiane et qui ne s'accompagnent généralement pas de troubles névralgiques. Une exception doit être faite pour le cas souvent cité de Verneuil, d'herpès récidivant névralgique du prépuce, lequel mériterait peut-être d'être rapproché des faits qui nous occupent.

III. — Herpès récidivant des doigts.

Le petit nombre des observations parues d'herpès récidivant des doigts, les symptômes peu typiques qu'elles rapportent, l'origine différente de leurs débuts font des herpès récidivants des doigts un groupe assez confus dont on ne peut encore donner une description précise.

Hallopeau a présenté à la réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis (1) une jeune femme qui, depuis trois ans, était sujette à des poussées successives d'herpès sur les faces latérales du médius gauche et dans la paume de la main suivant l'axe du médius.

Bien curieux est le cas signalé par Epstein (2) :

Un médecin contracte un chancre induré de l'index gauche, situé juste sur la pulpe.

Quelques mois plus tard, apparaît une plaque rouge, gonflée, très douloureuse, sur la face latérale cubitale de ce même index, puis, sur la plaque rouge, quelques groupes typiques d'herpès. Les douleurs disparurent en un ou deux jours, puis l'herpès guérit normalement.

La même éruption s'est reproduite au même endroit un grand nombre de fois à des intervalles de quelques mois ou d'une année. Jamais l'éruption n'a atteint la face palmaire du doigt.

Quelques poussées plus intenses ont laissé des cicatrices superficielles.

Que penser de cette coïncidence du chancre et de l'herpès? Il y aurait, ce semble, un rapprochement à faire entre cet herpès récidivant du doigt et l'herpès récidivant consécutif au chancre.

(1) Hallopeau. *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 336.
(2) Epstein. *Loc. cit.*, p. 799.

LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES PAR L'IMMUNISATION PRÉVENTIVE ANTISEPTIQUE DES PROSTITUÉES.

Par le Dr **F. P. Guiard**,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Insuffisance de la réglementation actuelle de la prostitution contre le danger vénérien; ses principales causes. — Tous les médecins compétents s'accordent aujourd'hui à reconnaître que la diffusion des maladies vénériennes, en raison des nombreux accidents précoces ou tardifs dont elles sont l'origine, représente un véritable fléau social et que leur prophylaxie publique est absolument insuffisante.

La réglementation actuelle de la prostitution est, en effet, radicalement défectueuse. Les mesures dont elle se compose, par leur caractère excessivement sévère, souvent arbitraire et vexatoire, parfois injuste et inquisitorial, ont eu pour conséquence logique, facile à prévoir, fatale en quelque sorte, de terroriser les filles publiques et de leur inspirer le désir d'échapper à tout prix à la surveillance de la police. La prostitution clandestine s'est ainsi progressivement développée au détriment de la prostitution soumise, de sorte que les moyens employés n'ont plus eu bientôt qu'une insignifiante portée, ne s'exerçant guère que sur les trois ou quatre centièmes des femmes qui devraient être surveillées. En pratique, c'est presque l'équivalent de la liberté absolue de la prostitution, et nul n'ignore à quels déplorables résultats ont abouti les expériences récemment tentées dans cette voie en Angleterre et en Italie.

Ce n'est pas tout : le contrôle médical est également passible de très graves critiques. Les visites, hebdomadaires pour le personnel des maisons de tolérance, n'ont lieu qu'une fois par quinzaine et à date facultative pour les filles en carte. Elles se font en général trop rapidement, sans examen bactériologique, et sont, par cela même, incapables de révéler certaines localisations chroniques, plus ou moins légères, mais contagieuses et très fréquentes, de la blennorragie. Enfin, l'hospitalisation forcée des malades ne peut avoir qu'une durée limitée; pas plus pour la blennorragie que pour la syphilis, elle ne procure la guérison radicale, mais une simple amélioration. Il en résulte que les prostituées, redevenues libres, restent longtemps encore des foyers possibles d'infection.

Nécessité : d'une part, de favoriser la prostitution soumise et de réprimer énergiquement la prostitution clandestine ; d'autre part, de réorganiser le contrôle médical. — Il est de toute évidence

qu'un pareil état de choses exige de très importantes réformes. La première et la plus urgente devrait avoir pour but de ramener sous la surveillance administrative le plus grand nombre possible des femmes qui se livrent au commerce vénérien. Pour y parvenir, il faudrait poursuivre la prostitution clandestine avec la plus inflexible rigueur et, par contre, user, vis-à-vis de la prostitution soumise, de procédés scrupuleusement justes toujours, bienveillants aussi souvent que possible, jamais arbitraires et inutilement vexatoires, et néanmoins fermes et répressifs toutes les fois qu'il serait nécessaire. Pourquoi ne pas lui offrir, en échange de son obéissance aux règlements et de son exactitude à se présenter aux visites sanitaires, non seulement une existence paisible et sans alertes injustifiées, mais encore une protection tacite, voire même une sorte de « privilège officiel » ? Ce serait assurément pour elle une prime très appréciée qui aurait pour effet certain une augmentation rapide et considérable du contingent des prostituées soumises. Je sais bien que l'idée seule de ce « privilège », de cette « patente », a maintes fois suscité les plus véhémentes protestations. Mais il ne s'agit pas de discuter si les femmes qui profiteraient de ces avantages en sont vraiment dignes : c'est le résultat seul qu'il faut considérer. Or, il n'est pas douteux que tout moyen propre à favoriser l'extension de la surveillance policière et médicale marque déjà un important progrès dans la prophylaxie publique des maladies vénériennes.

Ai-je besoin de faire observer qu'il serait nécessaire en même temps d'imposer des règles nouvelles pour les visites sanitaires, de les répéter à intervalles plus rapprochés et surtout d'ajouter systématiquement à l'inspection soigneuse de la bouche, de la gorge et de toute la surface cutanée, l'examen au spéculum, ainsi que les recherches bactériologiques.

Cependant, l'objectif essentiel à poursuivre n'est pas de séquestrer les prostituées malades, mais de commencer par les garantir elles-mêmes contre la contagion. — Quelque indéniable que soit l'utilité pratique immédiate de ces deux catégories de réformes, elles ne constituent, à vrai dire, qu'un simple perfectionnement de notre système actuel et non pas une transformation radicale. Ce système, en fin de compte, ne vise qu'à soumettre les femmes surveillées à des inspections médicales périodiques plus ou moins fréquentes et à les séquestrer pour un temps variable quand elles présentent des accidents transmissibles. Ce sont là des mesures évidemment très utiles, indispensables même, et cependant insuffisantes puisque, entre le moment où la maladie se déclare et celui où elle sera constatée, de nombreuses contaminations sont possibles et que, plus tard, en sortant de l'hôpital, la femme améliorée, non guérie, ne cessera pas d'être dangereuse. Par conséquent, même si l'on

opérait les diverses modifications que j'ai précédemment signalées, j'estime que les résultats pratiques, beaucoup moins mauvais sans doute, seraient encore infiniment loin de répondre à nos légitimes aspirations. C'est que le vrai but à poursuivre n'est pas d'attendre, pour agir, que l'infection ait eu lieu ; alors, il est trop tard. Très certainement il serait beaucoup plus utile d'apprendre aux prostituées par quels soins d'hygiène antiseptique elles peuvent se préserver contre les risques de contagion inhérents à leur triste métier.

C'est l'étude théorique et pratique de cet assainissement préventif que j'ai principalement en vue en écrivant ce mémoire. Sa réalisation effective domine de si haut la question de la prophylaxie publique des maladies vénériennes que je n'hésite pas à lui subordonner toutes les autres mesures qui font partie de la réglementation actuelle, y compris les réformes dont j'ai parlé plus haut. Elles passent ainsi au second rang et ne sont plus, malgré leur importance, que de simples moyens et non pas l'objectif même qu'il s'agit d'atteindre. L'immunisation préventive des filles publiques, tel est le point essentiel et fondamental du nouveau système que je propose et qui seul, je crois, offrirait de réelles garanties pour la santé publique. Elle supprimerait, en effet, du même coup et les contagions qui s'effectuent avant que la maladie soit constatée chez la femme et celles qui naîtront encore par la suite des formes chroniques et latentes de la blennorragie ou des poussées successives de la syphilis secondaire. Si quelque chose m'étonne, c'est qu'une idée si logique et si simple ne se soit jamais présentée à l'esprit d'aucun des réformateurs qui se sont occupés des maladies vénériennes chez les prostituées. Mais ce système diffère si radicalement de tout ce que l'on a tenté jusqu'à ce jour, que, dût-il recevoir l'unanime approbation des médecins, des hygiénistes et des administrateurs les plus compétents, son application soulèverait encore des difficultés presque insurmontables, tant elle exigerait de changements nombreux et profonds dans un ordre de choses trop anciennement établi où la routine règne depuis longtemps en souveraine maîtresse. Je ne me fais donc pas la moindre illusion sur le sort qui lui est réservé, et, pourtant, je considère comme un devoir d'en soumettre les grandes lignes au public médical.

L'immunisation preventive contre les maladies vénériennes est-elle scientifiquement possible ? — J'ai tout d'abord à établir sur quelles données s'appuie le principe de la préservation des prostituées par des soins spéciaux d'hygiène antiseptique. En d'autres termes, j'ai à démontrer qu'après s'être livrée à un homme atteint de blennorragie, de chancres ou de syphilis, la femme, en utilisant

immédiatement certains moyens aussi simples qu'inoffensifs, a réellement les plus grandes chances de se soustraire à la contagion.

En ce qui concerne la *blennorragie*, les preuves abondent. C'est ainsi, par exemple, que les examens bactériologiques pratiqués au cours du traitement abortif par les grands lavages au permanganate de potasse fournissent en général, pour peu qu'ils soient entrepris dans les conditions de temps voulues, c'est-à-dire avant le quatrième jour, des témoignages irrécusables de leur puissance antigonococcique. Les colonies, abondantes et typiques dans la première préparation, ont presque toujours complètement, ou peut s'en faut, disparu dans la seconde : entre l'une et l'autre, le contraste est si frappant qu'il suffit pour donner la mesure de l'extraordinaire pouvoir de cet agent thérapeutique. Et je ne crains pas d'ajouter que le fait n'en resterait pas moins définitivement acquis, même si la cure abortive ne devait pas être rapidement couronnée d'un plein succès. Il se peut, en effet, que certains gonocoques aient déjà pénétré soit dans quelque diverticule, soit dans les conduits ou les culs-de-sac glandulaires de l'urètre où ils échappent à l'action directe du liquide employé et sont tout prêts à causer une récidive infaillible et prochaine. Cela n'empêche pas que tous les groupes superficiels imprégnés par la solution médicamenteuse aient été manifestement détruits. On est donc en droit de penser que, pendant les premières heures de l'infection, lorsque les agents pathogènes siègent encore uniquement à la surface de l'épithélium et n'ont pas eu le temps de s'enfoncer dans ses couches profondes, une injection de permanganate de force moyenne, soit à 1 p. 5000, portant sur toute l'étendue de l'urètre antérieur et particulièrement sur la fosse naviculaire, les lèvres du méat et la surface voisine du gland, complétée enfin par une lotion soigneuse des faces muqueuse et cutanée du prépuce, est capable d'assurer la plus entière garantie.

Mais ce ne sont là que des vues théoriques. Il était nécessaire de les soumettre au contrôle de l'expérimentation ou de l'observation clinique. C'est ce que je me suis efforcé de faire, depuis l'année 1893, invitant les malades que j'avais guéris à utiliser systématiquement par la suite ce moyen de se préserver d'infections nouvelles, et j'ai eu l'occasion de recueillir un assez grand nombre de faits, une trentaine environ, qui m'ont paru très probants. J'en ai publié quelques-uns en détail (1) ; aussi me dispenserai-je de les reproduire ici et d'y joindre les autres, car ils sont, dans le fond, presque identiques. Ils ont confirmé de plus en plus ma confiance dans l'efficacité du permanganate de potasse en injections préventives contre la

(1) F.-P. GUIARD. *Traitement abortif et prophylaxie de la blennorragie*. Paris, 1899, p. 238 à 240.

contagion blennorragique chez l'homme; aujourd'hui, c'est avec la plus absolue conviction que je conseille d'y recourir.

Chez la femme, le même moyen permettrait évidemment d'obtenir les mêmes résultats. Mais il faudrait employer des solutions plus fortes qui produisent sur les doigts et sur le linge des taches persistantes ; on peut, il est vrai, les enlever très facilement avec une solution saturée de bisulfite de soude ; ce n'en est pas moins un inconvénient et une complication. Il n'est donc pas indifférent de pouvoir adopter un autre antiseptique n'ayant ni couleur, ni odeur et dont les propriétés microbicides soient cependant bien éprouvées. D'ailleurs, ce n'est pas seulement contre la blennorragie qu'il importe d'exercer une action prophylactique, mais aussi contre le chancre mou et la syphilis et, sous ce rapport, je ne connais aucun fait qui plaide en faveur du permanganate. Le sublimé, au contraire, dont les solutions sont incolores et inodores, a depuis longtemps fait ses preuves, tant en chirurgie générale qu'en vénéréologie, contre les infections microbiennes les plus diverses. Il se présente ainsi tout naturellement à notre choix.

Mais dans quelle mesure est-il capable de préserver, contre l'infection blennorragique, ceux qui s'y exposent ? C'est un point qui mérite une étude approfondie.

Il y a deux siècles déjà, Musitan (1), d'après les résultats de sa longue expérience, vantait non seulement à titre abortif, mais aussi à titre préventif, l'usage de certaines préparations mercurielles, en injections urétrales. Il avait la plus grande foi dans leur efficacité. Plus tard, Mayerne et Cockburne paraissent avoir adopté sa méthode.

Dans ces dernières années, ce sont les solutions de sublimé surtout que l'on a employées dans le même but. Le Dr Boureau (2), entre autres, a fait sur lui-même et sur trois hommes de bonne volonté des expériences très intéressantes et parfaitement démonstratives. Dix, onze et treize heures après l'inoculation intra-urétrale d'un pus blennorragique très virulent, afin d'en prévenir les effets, il introduisit dans le canal, à une profondeur de 4 à 6 centimètres, à l'aide d'un mandrin souple, une sorte de mèche creuse en coton à mailles serrées (urétro-mèche) remplie de vaseline sublimée à 1 p. 1000. Ce pansement fut laissé en place pendant six heures. Aucun des hommes ne contracta la maladie. De tels faits se passent de commentaires.

L'adoption du sublimé comme agent prophylactique, à l'égard de la blennorragie, est cependant passible d'objections d'une certaine valeur, basées sur l'influence très peu favorable qu'il exerce, dans la

(1) Rollet. *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1865, p. 270.
(2) Boureau. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1893, p. 1200.

maladie confirmée, comme agent thérapeutique. Non seulement il ne diminue pas et augmente au contraire l'abondance de l'écoulement, l'acuité de l'inflammation, ainsi que sa durée, mais encore, dans les formes chroniques et torpides où la présence du gonocoque est douteuse, il provoque en général une recrudescence révélatrice presque immédiate. Il partage avec le nitrate d'argent cette curieuse propriété que l'on utilise couramment aujourd'hui, pour le diagnostic, à titre d'épreuve thérapeutique. Je la mets, pour ma part, très souvent à profit, sans croire pourtant qu'elle ait toujours une signification absolue, sans admettre surtout que l'une ou l'autre de ces substances, les deux plus puissantes peut-être de notre arsenal antiseptique, soient capables de se comporter, vis-à-vis du gonocoque, d'une façon tellement paradoxale que, loin de lui nuire, elles lui soient favorables.

En réalité, toutes les deux, et en particulier le sublimé, que j'ai seul en vue pour le moment, possèdent sans nul doute le pouvoir de tuer, dans certaines conditions, ce microbe aussi bien que tant d'autres. Je rappellerai, en effet, que Doyen (1) préconisait naguère, comme le meilleur traitement de la blennorragie, son emploi sous forme d'injections totales répétées cinq ou six fois par jour ; il commençait par des solutions très faibles, à 1 p. 30 000 et n'arrivait que progressivement à 1 p. 10000, sans jamais dépasser ce titre; que Desnos (2) a également prôné une méthode abortive consistant à injecter, dès les premiers jours, mais dans l'urètre antérieur exclusivement, une solution à 1 p. 1000 ; que Boureau (3) remplit son urétro-mèche de vaseline au sublimé à 1 p. 1000; qu'enfin des chirurgiens aussi autorisés que Pozzi (4) et Verchère (5) prescrivent couramment, contre la blennorragie chez la femme, des injections vaginales à 1 p. 2000 et à 1 p. 1000. Ces diverses tentatives, chez l'homme du moins, n'ont pas obtenu, je le reconnais, grand succès auprès du public médical et n'ont plus guère aujourd'hui qu'un intérêt historique. Il n'est cependant pas douteux qu'elles aient permis d'obtenir un certain nombre de guérisons, et cela suffit pour établir que le gonocoque n'est pas au-dessus du pouvoir antiseptique du sublimé.

Seulement, ainsi que je l'ai déjà fait observer plus haut, la résis-

(1) Doyen. *Traitement de la blennorragie par l'irrigation antiseptique discontinue*. Paris, 1894.

(2) Desnos. *Assoc. française d'urologie,* 1896, p. 69; *Traité élémentaire des maladies des voies urinaires*, 2e édit., Paris, 1898, p. 118.

(3) Boureau. *Annales de dermatologie et de syph.*, 1893, p. 1200 ; *Lyon médical*, 1897, p. 276.

(4) Pozzi. *Traité de gynécologie,* 1re édit., Paris, 1890, p. 6.

(5) Verchère. *La blennorragie chez la femme.* Paris, 1894, t. I, p. 98.

tance de ce microbe diffère du tout au tout suivant qu'il occupe encore exclusivement la surface de l'épithélium, ou qu'il a eu le temps de s'enfoncer plus ou moins dans le derme de la muqueuse. Dans le premier cas, il ne possède qu'une assez faible vitalité ; il est surtout facilement accessible et de nombreuses substances microbicides, entre autres le sublimé, le nitrate d'argent, etc., peuvent l'anéantir. Dans le second, il est vraisemblable que les groupes superficiels, directement touchés, subissent le même sort, tandis que les profonds, protégés par leur siège contre cette action meurtrière, trouvent bientôt, dans les phénomènes congestifs, douloureux et sécrétoires dont s'accompagne l'irritation causée par le médicament, les conditions les plus propres à favoriser leur pullulation. Ne sait-on pas aujourd'hui que le sérum de sang humain représente, pour le gonocoque, le meilleur terrain de culture ? On doit donc admettre que toute réaction séreuse un peu forte de la muqueuse urétrale est plutôt de nature à lui venir en aide qu'à lui être contraire. Ainsi s'expliquent très simplement et, bien loin de s'exclure, se concilient : d'une part, l'efficacité non douteuse du sublimé comme agent de prophylaxie et, d'autre part, ses effets souvent nuisibles comme agent thérapeutique.

De toutes ces considérations, je crois pouvoir conclure que son emploi, chez la femme, sous forme d'injections et d'ablutions convenablement faites, offre, contre les risques d'infection blennorragique, des garanties d'autant plus sérieuses que, en l'absence de métrite du col, le vagin, comme l'ont démontré les travaux (1) de Bumm, Steinschneider, Eraud, Audry, Welander, etc., etc., est extrêmement rebelle à l'infection gonococcique.

Quant au *chancre mou*, les expériences faites bien longtemps avant qu'il fût question de microbes et d'antisepsie, par Rodet (2), Chabalier, Langlebert, ont prouvé qu'il suffisait, pour rendre négative l'inoculation du virus, d'appliquer sur la piqûre, même au bout de vingt-quatre heures, soit une solution de perchlorure de fer, d'acide citrique ou d'acide chlorhydrique, soit un mélange d'essence de citron, de savon mou, de potasse et d'alcool. A ces préparations empiriques il n'est pas douteux que l'on puisse avec profit substituer le sublimé dont tant de faits cliniques ont établi la grande puissance microbicide.

Enfin, pour ce qui est de la *syphilis* nous sommes, il est vrai, privés des notions si précieuses que pourrait nous fournir l'expérimentation. Sur l'homme, elle serait un acte criminel, en raison des terribles accidents qui peuvent tôt ou tard en être la conséquence ;

(1) F.-P. Guiard. *La blennorrhagie chez l'homme.* Paris, 1894, t. I, p. 134.

(2) Rodet. *Compte rendu du service chirurgical de l'Antiquaille.* Lyon, 1855, p. 74.

sur les animaux, elle n'aurait aucune valeur, puisque, malgré les assertions de quelques médecins, ils sont tous réfractaires à cette maladie. Mais nous pouvons puiser dans l'observation thérapeutique des données d'un sens très précis. Nous voyons, en effet, tous les jours les manifestations les plus confluentes de la syphilis non traitée s'évanouir comme par enchantement sous l'influence de doses extrêmement faibles de mercure administrées par la voie buccale, cutanée ou hypodermique. Il est bien certain que la quantité du médicament qui pénètre alors dans l'organisme et qui suffit pour exercer des effets si merveilleux est absolument infinitésimale. Le titre de la solution que représente sa diffusion dans la totalité de la masse sanguine est sans aucun doute bien inférieur à celui dont il est possible de faire impunément usage en injections préventives. En prescrivant, par exemple, 3 centigrammes de sublimé par jour, dose moyenne pour l'homme adulte, et en admettant qu'ils soient complètement absorbés, on n'arrive guère, pour 6 litres de sang, qu'à la très minime proportion de 1 p. 200 000. Et combien plus faible encore ce chiffre doit-il être à la suite d'une simple injection intra-musculaire de 5 centigrammes de calomel, sel insoluble, comme on le sait ! Nul n'en ignore cependant l'admirable efficacité. De tout cela je déduis que, si le microbe de la syphilis, alors qu'il a pris droit de domicile dans l'économie, est si étonnamment influencé par la présence d'imperceptibles traces de mercure, il est irrationnel de supposer qu'il soit capable de résister à l'action relativement formidable de solutions de sublimé à 1 p. 4 ou 5 000, quand il n'a pas encore eu le temps de prendre racine et qu il peut être soumis à une imprégnation directe.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre des maladies vénériennes, ma confiance dans leur efficacité préventive est corroborée par ce fait depuis longtemps reconnu que des ablutions toutes simples, avec de l'eau ordinaire, sans aucun médicament, produisent les plus salutaires effets, pourvu qu'elles soient faites sans retard, c'est-à-dire dans les cinq minutes qui suivent les rapports, et d'une façon convenable, c'est-à-dire de manière à complètement laver et déterger toute l'étendue de la paroi vaginale et surtout les replis et les anfractuosités vulvaires. C'est évidemment à l'habileté qu'elles ont acquise sous ce rapport qu'il faut attribuer la curieuse immunité dont jouissent en général les femmes qui ne sont plus de première jeunesse ou qui exercent depuis un certain temps, alors que les jeunes débutantes, encore sans expérience, ne tardent guère à être infectées. Si l'eau pure bien employée peut rendre de tels services, à plus forte raison est-il permis de compter sur l'action spéciale du sublimé.

Comment pourrait être pratiquement réalisée l'immunisation préventive des filles publiques : Il faudrait d'abord leur inspirer la crainte des maladies vénériennes et leur démontrer l'immense intérêt personnel qu'elles ont à s'y soustraire. — D'après ce qui précède, on voit qu'au point de vue scientifique on aurait grand tort de considérer comme une utopie le projet de l'immunisation préventive des prostituées. Il deviendra réalisable dès que l'administration voudra sérieusement l'entreprendre. Examinons donc par quelle série de moyens il serait possible d'en assurer l'application pratique.

Au premier rang des mesures qu'il y aurait à prendre, il en est une qui, pour n'être que préparatoire, n'en aurait pas moins une importance capitale. Elle consisterait à donner aux filles inscrites, avant de les autoriser à exercer leur métier, soit en liberté, soit en maison, une *instruction sommaire au sujet des maladies vénériennes* qu'elles vont risquer de contracter et des principaux accidents immédiats ou tardifs qui peuvent en dériver. On m'objectera sans doute que la plupart de ces femmes ont une intelligence tellement obtuse qu'elles seraient incapables de comprendre de semblables explications. Il faut convenir, en effet, que nombre d'entre elles sont de vraies brutes, absolument incultes. Je n'en suis pas moins persuadé que le médecin qui saurait se mettre à leur portée arriverait sans trop de peine à faire pénétrer dans leur cerveau des données élémentaires peut-être, mais suffisantes. A la rigueur, il n'aurait qu'à leur mettre sous les yeux des reproductions en cire et surtout des malades. Rien ne serait plus capable de frapper vivement leur imagination, de leur inspirer une crainte aussi légitime que salutaire, de les déterminer à observer à la lettre les prescriptions voulues, de faciliter, en un mot, la nouvelle organisation sanitaire. A coup sûr la crainte de la contagion deviendrait, chez les prostituées, la première garantie de l'immunité.

Il faudrait, en second lieu, apprendre aux filles publiques, l'action préservatrice d'injections et d'ablutions antiseptiques immédiates, leur mode de préparation et leur technique. — Ces notions préliminaires une fois bien établies, on ajouterait qu'il existe *un puissant moyen de se préserver*, c'est de faire, aussitôt après le coït, une injection vaginale antiseptique, précédée ou suivie d'ablutions vulvaires méticuleuses.

Il importerait au plus haut point d'exposer, dans leurs moindres détails, toutes les particularités relatives à la *technique* de ces manœuvres.

Comme *appareil instrumental*, loin de conseiller les injecteurs formés d'un tube en caoutchouc portant sur son trajet un renflement, sorte de pompe aspirante et foulante qui sert à projeter le liquide par des pressions répétées, mais offre l'inconvénient d'immobiliser l'une des

mains, on donnerait hautement la préférence aux divers récipients qui utilisent la pression atmosphérique. Toute espèce de réservoir ou de bock, en faïence ou en métal émaillé, peut être adopté. Cependant, le plus simple, le moins fragile, le moins encombrant, le plus commode à transporter, c'est incontestablement une poche en caoutchouc d'une contenance de deux litres et munie d'un couvercle qui ferme sa cavité à l'accès des poussières ambiantes. De son extrémité inférieure part un tube de caoutchouc long de 1 m. 50 à 2 mètres, aboutissant à une canule en verre courte, de petit calibre, creusée à son extrémité d'un seul orifice terminal assez large, plutôt que de trous périphériques multiples, canule que l'on peut stériliser, dans l'intervalle des injections, en la tenant plongée dans un tube fixé au mur et rempli de la solution antiseptique. Un robinet qui s'ouvre et se ferme avec une seule main, est interposé sur le tube, tout près de la canule.

Pour *préparer soi-même extemporanément la solution*, on commence par remplir la poche d'eau, à volonté chaude ou froide en temps ordinaire, toujours chaude pendant les règles et à leur approche. On y ajoute ensuite la substance antiseptique.

J'ai coutume, pour mes clientes, de prescrire la préparation-mère suivante: Sublimé, 20 grammes; alcool, q. s.; eau distillée, 1 litre dont on verse 20 centimètres cubes pour les deux litres d'eau contenus dans l'appareil. Mais, en raison de sa très forte concentration, elle représente un poison des plus violents. Aussi n'est-il pas superflu de le rappeler, en délivrant l'ordonnance, et d'insister sur les précautions à prendre pour éviter tout risque d'une confusion dont les suites pourraient être désastreuses.

Il est très facile, au moyen d'un petit verre gradué, de mesurer le nombre exact de centimètres cubes que l'on doit employer. A défaut, on se servirait d'un simple verre à liqueur dans lequel on aurait noté d'avance le niveau d'affleurement d'une grande cuillerée à soupe d'eau ordinaire; c'est l'équivalent d'environ 15 grammes. On ne versera jamais directement, dans un vase en métal, la solution-mère de sublimé, car elle y produirait une altération immédiate. Entre les injections successives, ce verre doit être tenu renversé sur la table de toilette, pour ne pas recevoir les poussières de l'air.

Je conçois toutefois qu'il puisse y avoir des inconvénients sérieux à confier aux filles publiques une préparation-mère aussi concentrée. Bien qu'elle soit, à mon avis, d'un emploi très commode, je n'y tiens pas spécialement et je conseillerais tout aussi volontiers des paquets de 40 ou 50 centigrammes de sublimé, avec la quantité voulue d'acide tartrique pour en faciliter la solution. On pourrait employer de même des pastilles solubles dosées à 50 centigrammes ou des feuilles de papier Balme dans la composition desquelles entre la

même quantité de sublimé. On recommanderait seulement de faire fondre d'avance la pastille dans un verre d'eau ou de tenir la feuille de papier suspendue par un fil vers le milieu du réservoir, de manière à l'empêcher de s'engager dans le tube et de l'obstruer.

Le *titre de la solution* obtenue par l'un ou l'autre de ces procédés varie de 1 p. 4000 à 1 p. 5 ou 6000. Or, on sait que l'Académie a autorisé les sages-femmes à faire usage, sans ordonnance de médecin, de paquets renfermant 25 centigrammes de sublimé que l'on fait fondre dans un litre d'eau. Cela donne le titre de 1 p. 4000. Une longue expérience a démontré que l'on peut impunément en faire usage, même après l'accouchement, quoique l'appareil génital de la femme offre alors de très larges portes ouvertes à l'absorption.

Je n'ignore pas qu'on a signalé, pendant les suites de couches, des accidents toxiques d'une extrême gravité imputables à ces injections. Mais il s'agissait très probablement de cas où la délivrance avait été suivie d'inertie utérine à un degré plus ou moins prononcé, et dans ces conditions, il est bien évident que l'emploi de tout liquide médicamenteux plus ou moins actif était formellement contre-indiqué. Il n'y a pas lieu pour cela d'incriminer en général les injections de sublimé à 1 p. 4000; le seul coupable est l'accoucheur inexpérimenté qui, sans se préoccuper de l'état de l'utérus, y a eu recours ou les a conseillées.

Quoi qu'il en soit, en dehors de l'état puerpéral, on peut être bien certain quelles ne comportent d'inconvénients d'aucune sorte. Le professeur Pozzi, chirurgien de l'hôpital Pascal, et le Dr Verchère, chirurgien de Saint-Lazare, prescrivent même, comme je l'ai dit plus haut, des solutions à 1 p. 2000 et à 1 p. 1000. Celle de 1 p. 5000 à laquelle je me suis arrêté peut donc être employée sans la moindre appréhension.

J'arrive maintenant à une autre question qui me paraît d'une extrême importance : je veux parler de la *technique suivant laquelle doivent être faites les injections vaginales préventives.* Leur utilité réelle est, en effet, subordonnée à certaines conditions essentielles qui imposent un manuel opératoire particulier. Pour que leur action microbicide ne soit pas seulement partielle et par cela même incomplète et illusoire, il est d'une absolue nécessité, cela se comprend aisément, qu'elles imprègnent la paroi vaginale dans toute son étendue. Or, pour réaliser cette imprégnation totale, il ne suffit pas, à beaucoup près, de déplacer la canule, de l'incliner en divers sens, de l'enfoncer à des profondeurs variables, afin que son extrémité entre successivement en contact avec tous les points de la surface interne de l'organe et porte directement sur eux la solution médicamenteuse. Trop nombreux, irréguliers et profonds sont les plis du vagin, pour qu'il soit possible de laver et de purifier,

sans en excepter un seul, chacun des sillons qui les séparent ; on a beau conduire le bout de la canule jusqu'au fond des culs-de-sac péri-utérins, le liquide revient à l'extérieur en passant au-dessus des plis et des anfractuosités des parois latérales, sans y pénétrer le moins du monde. On voit combien est défectueuse cette façon de procéder, et c'est cependant celle qu'adoptent spontanément presque toutes les femmes.

J'ai pensé que le moyen de beaucoup le plus simple, le plus expéditif et le plus sûr d'atteindre le but et d'agir, non pas seulement sur une portion plus ou moins étendue, mais sur la totalité de la muqueuse vaginale, était d'utiliser la puissance de pénétration des liquides que l'on soumet à un certain degré de pression. On y arrive très simplement par la *retenue intermittente de la solution injectée* que l'on détermine en comprimant avec une main et même au besoin avec les deux la vulve autour de la canule. Il n'est pas nécessaire d'enfoncer très loin cette dernière, ni de la choisir très longue ; il suffit qu'elle ait franchi de quelques centimètres l'orifice vulvaire. Le robinet une fois ouvert, le liquide entre dans le vagin et ne peut en sortir; il s'y accumule, en déplisse toutes les sinuosités, s'insinue dans tous les coins et recoins et imprègne par conséquent la surface entière de la paroi. Dès que la tension se fait nettement sentir et sans attendre qu'elle devienne douloureuse, on cesse brusquement la compression vulvaire: le contenu vaginal s'échappe avec force; puis on recommence plusieurs fois de suite la même manœuvre. Sans ce *déplissement* intermittent, l'injection risque fort de n'exercer qu'une action partielle, donc illusoire, quels que soient, d'ailleurs, le titre et la quantité de la solution employée, la longueur de la canule et les diverses positions qu'on s'efforce de lui donner.

Mais ne s'expose-t-on pas ainsi à provoquer certains *accidents* ? N'est-il pas possible, par exemple, de faire pénétrer le liquide à travers l'utérus et la trompe, jusque dans la cavité péritonéale ? N'y a-t-il aucun danger de donner un coup de fouet à une inflammation torpide de l'utérus ou de ses annexes ? Je n'hésite pas à déclarer que ce sont là des craintes absolument chimériques. Il va sans dire, bien entendu, que la distension doit toujours être modérée ; elle a naturellement pour limite la manifestation de la moindre douleur. Avec une différence de niveau raisonnable entre le réservoir et le vagin, différence qui peut varier entre 1 mètre et 1 m. 20, sans jamais dépasser 1 m. 50 au grand maximum, on n'a certainement rien de fâcheux à redouter. J'en ai pour preuve les très nombreux faits que j'ai observés depuis une douzaine d'années dans ma pratique. J'ai bien souvent conseillé la technique précédente et j'ai pu suivre beaucoup de femmes, les unes atteintes d'affections génitales diverses, les autres parfaitement saines, qui l'ont adoptée sur mes

avis, dans un but thérapeutique ou simplement hygiénique, et y sont invariablement restées fidèles, sans en avoir jamais éprouvé le moindre désagrément. C'est donc en toute sécurité que je crois pouvoir la préconiser.

J'ajoute qu'il serait encore excellent, avant que le réservoir se soit entièrement vidé, d'introduire l'index le plus loin possible dans le conduit vaginal et d'exercer d'*assez fortes frictions* sur toute sa surface interne et même sur le pourtour du col utérin. Enfin, en terminant, la femme devra *laver et frotter soigneusement la vulve, les grandes et les petites lèvres*, en promenant les doigts à plusieurs reprises jusqu'au fond des sillons qui les séparent, avec la solution tombée dans la cuvette, afin de compléter aussi parfaitement que possible le nettoyage antiseptique des organes génitaux, sans oublier le mont de Vénus et les régions voisines.

Assurément, la *voie buccale* (baiser sur les lèvres ou coït *ab ore*) reste encore ouverte à l'infection, notamment à l'infection syphilitique, et je ne vois pas de moyens vraiment pratiques à opposer à ce risque. Mais ne serait-ce pas néanmoins réaliser un très important progrès dans l'assainissement de la prostitution que de supprimer ou de restreindre considérablement les chances de transmission par la voie génitale? Cela ne me paraît pas contestable, car on sait que les chancres infectants s'observent sur les organes génitaux avec une fréquence incomparablement plus grande que sur toutes les autres régions du corps.

Les ennemis du *malthusianisme*, que préoccupent, non sans motifs, les incessants progrès de la dépolulation en France, reprocheront peut-être à ces injections de détruire aussi bien les spermatozoïdes que les microbes virulents et par conséquent d'être un obstacle à la conception. Je suis, en effet, le premier à en être convaincu. Mais est-ce un mal, est-ce un bien? Je n'hésite pas à répondre que c'est un bien et même un très grand bien. N'est-il pas inadmissible qu'un peuple fier à bon droit, comme le nôtre, de ses glorieuses traditions, place un espoir quelconque, pour combler les vides survenus dans ses rangs, sur la fécondité de ses prostituées? Ce n'est pas seulement la quantité qu'il faut envisager, mais encore et surtout la qualité. Or, il est bien certain que les lois de l'atavisme et plus encore celles de l'exemple quotidien condamnent d'avance les enfants nés dans un tel milieu à n'être que des malheureux ou des malfaiteurs, à charge ou nuisibles à la société. Mieux vaut donc, à tous égards, faire d'emblée le sacrifice d'une graine aussi dangereuse, alors même que le chiffre de la population pourrait en subir quelque atteinte.

Des obligations à imposer aux filles inscrites. Nécessité de s'assu-

rer le concours de leur bonne volonté, en le réclamant au nom de leur propre intérêt personnel. — Après avoir ainsi renseigné les prostituées soumises sur les contagions professionnelles qui les menacent et sur les meilleurs moyens de se mettre à l'abri, on leur imposerait l'obligation formelle, sous peine de très sévères punitions, d'avoir en tout temps, au lieu où elles reçoivent des hommes, un appareil fonctionnant assez bien, ainsi que la solution-mère de sublimé, les paquets, les pastilles, ou le papier Balme qui leur permettent de préparer, toujours d'avance, leur injection. Il est probable qu'on obtiendrait d'elles assez facilement l'observation de ce précepte, puisque c'est avant tout *au nom de leur propre intérêt* qu'on leur en ferait un devoir. L'intérêt personnel représente, en effet, un levier bien autrement puissant que toutes les mesures policières de coercition. Le grand point est de savoir le bien mettre en évidence et en tirer parti. Peu de femmes, je crois, resteraient indifférentes à la perspective d'éviter : d'abord des maladies par elles-mêmes assez effrayantes, ensuite la privation de liberté qu'elles auraient à subir par le fait de l'hospitalisation forcée, enfin le préjudice matériel et moral évident qu'elles en éprouveraient dans leur clientèle.

Il est même à prévoir que ces nouvelles mesures ne tarderaient pas à leur apparaître comme un témoignage de sollicitude dont elles auraient d'autant plus sujet d'être reconnaissantes qu'aucun des anciens systèmes ne manifestait le moindre souci de leur être ainsi utile ou agréable. On a beaucoup trop oublié jusqu'à présent que la prétention de réglementer la prostitution en se passant complètement de son concours, était une entreprise irrationnelle, je pourrais même dire insensée. Ce concours, je ne crains pas de l'affirmer, est absolument indispensable. Rien n'en pourra jamais tenir lieu pour assurer l'exécution convenable des prescriptions nécessaires, puisqu'elles se rapportent aux soins d'hygiène les plus intimes, sur l'observation desquels il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'exercer une surveillance directe. Le dédaigner, c'est fermer les yeux à la lumière, c'est commettre une lourde faute, c'est se placer volontairement dans les pires conditions, c'est se condamner à rester constamment aux prises avec des difficultés de toutes sortes. L'acheter, au contraire, par certaines compensations raisonnables, c'est supprimer le plus sérieux de tous les obstacles, c'est mettre la haute main sur le facteur essentiel de la nouvelle organisation projetée, c'est, en un mot, transporter, du domaine abstrait et stérile de l'idéal et du rêve, dans la voie féconde et bienfaisante de la réalisation effective, le grand principe de la prophylaxie publique des maladies vénériennes. On ne paierait certainement pas trop cher un concours si précieux en donnant en échange : non seulement l'éducation spéciale dont il vient d'être

question, mais encore une réglementation équitable quoique ferme, protectrice quelquefois, toujours exempte de tracasseries vexatoires et inutiles, la tolérance d'une provocation discrète, un caractère plus bienveillant qu'hostile des visites médicales et enfin, en cas de maladie, des soins éclairés, promptement efficaces et charitables, dans un hôpital et non pas dans une prison.

En résumé, je crois que le moyen le plus sûr et le plus facile d'enrayer la diffusion si dangereuse du mal vénérien consiste à imposer aux femmes publiques des soins d'hygiène antiseptique préventive capables de les préserver d'abord elles-mêmes de la contagion. Or, pour accomplir une telle réforme avec toute l'ampleur nécessaire, il est indispensable d'appliquer résolument un certain nombre de mesures, les unes anciennes mais exigeant de très sérieuses modifications, les autres absolument nouvelles. Je les rappelle brièvement sous forme de conclusions :

I. — Répression à outrance de la prostitution clandestine.

II. — Procédés assez justes et même bienveillants et protecteurs à l'égard de la prostitution soumise pour lui constituer un privilège réel, l'attirer et la retenir en aussi grand nombre que possible sous la surveillance administrative et assurer le concours si utile de son obéissance et de sa bonne volonté.

III. — Visites médicales plus régulières et plus fréquentes, au moins une fois par semaine, et toujours complétées par l'examen au spéculum et les recherches bactériologiques.

IV. — Pour les femmes contaminées, hospitalisation forcée mais charitable et ne comportant aucune des rigueurs du régime pénitentiaire, jusqu'à ce que le chef de service autorise leur sortie.

V. — Pour les filles qui réclament, avec leur mise en carte, l'autorisation d'exercer leur métier, instruction sommaire préalable au sujet des maladies vénériennes, des graves accidents qu'elles peuvent elles-mêmes en éprouver et de l'immense intérêt qu'elles ont à s'y soustraire ; ensuite, indications très précises sur la préparation et la technique des injections et ablutions antiseptiques destinées à les garantir ; enfin, obligation formelle et rigoureuse d'y recourir après chaque rapport et par conséquent d'être toujours munies de l'appareil et des médicaments indispensables.

VI. — Au reste, pénalités plus ou moins sévères, mais équitables, contre toute infraction relative soit à l'exactitude des visites sanitaires, soit au costume et aux manifestations bruyantes, scandaleuses ou indécentes sur la voie publique, soit à l'observation régulière des soins prophylactiques.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1901.

Présidence de M. Ernest Besnier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal 1° Nouvelle comparaison entre les traitements du lupus par le permanganate de potasse et par la photothérapie, par M. Hallopeau. (Discussion : MM. Leredde, Hallopeau, Gastou.) — 2° Deuxième note sur un cas de maladie de Neumann, par M. Hallopeau. — 3° Sur un cas d'amélioration spontanée de la lèpre, par MM. Hallopeau et Fouquet. — Sur un cas de périfolliculites agminées d'origine staphylococcique, par MM. Hallopeau et Fouquet. — Prurigo localisé à répétition chez une névropathe (névrodermite et réflexe ranien), par M. Gastou. (Discussion : MM. Brocq, Leredde, Gastou.) — Irritation gingivale comme point de départ de la pelade (deuxième note), par M. Jacquet. (Discussion : MM Hallopeau, Jacquet, Barthélemy.) — Néoplasie de la face dorsale de la langue, par MM. Brocq, Monier et Civatte. (Discussion : MM. Darier, Leredde, Barthélemy, Fournier.) — Femme lépreuse, mari et enfants indemnes (prophylaxie familiale de la lèpre), par M. Darier. (Discussion : MM. Barthélemy, Thibierge, Bruchet, Sabouraud, Veyrières, Besnier, Darier, Leredde, Fournier, Créquy.) — Tatouage accidentel par un pansement à l'eau de chaux, par M. Du Castel. — Du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de l'hérédo-syphilis, par M. E. Fournier. (Discussion : M. Galezowski.) — Nouvelle observation d'ulcère annamite, par MM. Gaucher et H. Bernard. — Chancre syphilitique de la caroncule lacrymale, par MM. Gaucher et Sarazanas. (Discussion : M. Fournier.) — Chancre syphilitique du nez, par MM. Balzer et Lecornu. — Sur un cas de mycosis fongoïde avec lésions impétiginiformes et lymphangite secondaire, par MM. Hallopeau et Fouquet. — Sur une forme croûteuse et villeuse de pemphigus foliacé, variété nouvelle, par MM. Hallopeau et Bouchot. (Discussion : M. Leredde.) — Sur une érythrodermie généralisée post-eczémateuse, par MM. Hallopeau et Bouchot. — Sur un cas probable d'urticaire persistante, par MM. Hallopeau et Bouchot.

Ouvrages offerts à la Société.

Ayrignac. — Étude du chimisme gastrique dans les dermatoses. *Thèse* Paris, 1901.

Barthélemy. — État de santé des prostituées clandestines au moment de leur arrestation. Causes et conséquences. Ext. *Bull. de la Soc. intern. de prophyl. sanitaire et morale*, 1901.

— Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génitaux internes de la femme. Paris, 1901.

Harthélemy et Jacques. — Nouvelles recherches sur les langues blanches (leucoplasies, syphilis, cancer). *IV*e *Congrès international de Dermatologie*, 1900.

Jadassohn. — Ueber eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern (Granulosis rubra nasi). Ext. *Archiv f. Derm.*, 1901.

— Sur l'origine parasitaire des eczémas. *IV*e *Congrès international de Dermatologie*, 1900.

JADASSOHN. — Ueber die Betheiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder.
— Zur Ekzemfrage. Ext., 1900.
— Bemerkungen zur Syphilistherapie. Bern, 1901.
GASSMANN. — Fünf Falle von Næv cystepitheliomatosi disseminati (Hidradénomes Jacquet et Darier, etc.). Extr. : *Archiv für Dermat.*, 1901.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL :

1° Nouvelle comparaison entre les traitements du lupus par le permanganate de potasse et par la photothérapie.

Par M. HALLOPEAU.

Nous présentons de nouveau à la Société cette malade, atteinte simultanément de lupus du visage, des mains et des membres inférieurs.

Nous avons vu que ces régions étaient en grande partie ulcérées; or, sous l'influence de la photothérapie, appliquée depuis environ deux mois, l'état du visage ne s'est que faiblement amélioré : on peut voir que, sur les deux joues, les lésions persistent encore avec activité.

Au contraire, le doigt, qui était ulcéré dans toute son étendue, est aujourd'hui complètement cicatrisé; de même, les placards des membres inférieurs se sont affaissés : la différence est telle que nous croyons devoir, sur les supplications de la malade, abandonner, tout au moins présentement, la photothérapie pour traiter également le visage par les applications de permanganate.

Ayant constaté, chez un de nos malades atteint d'un lupus des membres des plus rebelles, que nous avions obtenu les meilleurs effets du traitement par l'application *permanente* de compresses imprégnées d'une solution à un cent vingtième de permanganate, nous avons essayé ce même pansement chez d'autres lupiques, en employant d'abord la solution au deux centième ; la plupart l'ont bien supporté, mais il est une femme, atteinte d'un lupus ulcéreux très étendu du visage, chez qui il a provoqué une dermite des plus intenses : il en est résulté une action curative, mais c'est là néanmoins un moyen trop violent pour que nous puissions en conseiller l'emploi ; il faudra donc, dans les cas de lupus ulcéreux, commencer par des solutions plus faibles.

M. LEREDDE. — Je ferai remarquer qu'il y a une grande différence dans la résistance qu'offrent aux agents thérapeutiques les tuberculoses des mains et celles de la face. Toutes les fois que les lésions sont papillomateuses, qu'il existe un épaississement *dense* de la couche cornée et du corps muqueux, la pénétration des rayons chimiques se fait difficilement et la lésion est rebelle à la photothérapie.

Je ne crois pas que les applications de permanganate de potasse puissent donner une guérison réelle ; elles ne procurent qu'une amélioration décevante, laissant, dans la profondeur, des nodules tuberculeux en activité. Je désirerais que M. Hallopeau veuille bien faire pratiquer chez un malade traité par le permanganate de potasse une biopsie pour déterminer quelle est l'importance des lésions tuberculeuses, qui doivent persister à mon avis.

M. Hallopeau. — J'ai dit en effet que souvent les applications de permanganate laissent des nodules lupiques profonds, généralement de très petitesdimensions et sans aucun relief ; je suis donc d'accord avec M. Leredde sur ce point, mais il n'en est pas moins très utile et important d'obtenir rapidement la cicatrisation avec disparition des altérations superficielles et régression des nodules profonds.

M. Gastou. — Je ne crois pas que l'application de la lumière au traitement du lupus doive empêcher la recherche ou l'application d'autres méthodes plus rapides. Le défaut de la photothérapie est en effet la lenteur d'action et la nécessité de très nombreuses séances. Mais en dehors des particularités d'action inhérentes au procédé il y a également pour la lumière comme pour toute méthode thérapeutique des indications spéciales. De ceci nous sommes convaincu, ayant, depuis huit mois et aidé par MM. Baudouin et Chatin, traité par l'appareil Lortet-Genoud plus de 150 malades atteints de tuberculoses cutanées à formes variées.

Il n'est pas douteux que dans tous les cas il s'est produit des réactions utiles, mais dans un certain nombre de cas seulement ces réactions peuvent être considérées comme véritablement curatives. A ce point de vue on peut diviser les affections tuberculeuses de la peau en trois variétés : le lupus tuberculeux, le lupus érythémateux et la tuberculose cutanée proprement dite.

Dans le lupus tuberculeux, la photothérapie nous a donné des résultats excellents et relativement rapides ; sauf cependant pour le lupus vorax, destructif du nez, et le lupus des orifices, où la difficulté de la compression peut expliquer l'insuccès partiel de la méthode.

La photothérapie est donc jusqu'à présent pour nous une méthode curative excellente et nettement indiquée pour le lupus tuberculeux.

Pour ce qui est du lupus érythémateux, il s'en faut que l'action soit aussi nette, et encore ici il faut considérer deux catégories de lupus : dans un premier groupe nous rangerons volontiers tous les cas qui se rapprochent histologiquement des lupus tuberculeux, alors que dans un second groupe rentrent toutes les formes dans lesquelles la structure anatomique rappelle beaucoup plus la tuberculose cutanée (avec ses cellules géantes abondantes, ses nécroses, ses infiltrations profondes) que le lupus.

Dans le premier groupe l'action de la photothérapie, plus lente, est encore utile, tandis que dans le second groupe elle est comparable à ce qu'elle donne dans les tuberculoses cutanées, c'est-à-dire peu ou pas d'action curative.

Les tuberculoses cutanées, végétantes, épaissies, proliférantes, papillomateuses, profondément ulcéreuses, à envahissement lent ou largement ulcérées, ne subissent en effet presque pas de modifications sous l'in-

fluence de la photothérapie, et dans ces cas les autres méthodes de traitement ont beaucoup plus d'avantages, surtout chez l'adulte.

Telles sont les quelques conclusions auxquelles jusqu'à présent nous arrivons en ce qui concerne l'action de la photothérapie pratiquée avec l'appareil Lortet-Genoud.

Mais, ainsi que je l'ai dit au Congrès de Nantes, je crois que pour rendre plus actif le traitement des tuberculoses par la photothérapie, il faut y joindre accessoirement les procédés curatifs habituels : curettage, galvano-punctures, scarifications et applications topiques variées, surtout dans les cas de lupus érythémateux et de tuberculose cutanée.

2° Deuxième note sur un cas de maladie de Neumann.

Par M. Hallopeau.

Depuis notre dernière présentation, les proliférations locales, sous l'influence du traitement par l'iodoforme, ont d'abord presque entièrement cessé ; on voyait cependant encore parfois se former des exsudations bulleuses ou purulentes dans diverses plaques éruptives ; ces jours derniers, il s'est développé des éléments semblables simultanément dans la plupart des placards anciens ; en outre, il s'est manifesté, à deux reprises, des altérations buccales.

Le 12 novembre, en effet, on a noté l'apparition, sur le côté gauche de la pointe de la langue, d'un petit tubercule suppuratif du volume d'un petit pois, d'un rouge vif et remarquable par sa dureté qui pouvait faire penser à un épithéliome ; il présentait à son sommet plusieurs îlots suppuratifs miliaires d'où la pression faisait sortir du pus ; il s'est affaissé et a disparu en peu de jours sans laisser de traces, après avoir été traité par des applications fréquentes d'une solution à 5 p. 100 de salicylate de soude. Lors de la poussée actuelle, deux lésions de même nature se sont développées sur ce même organe ; l'une d'elles occupe le côté droit de la pointe ; son diamètre égale celui d'une pièce de 20 centimes ; elle est végétante, dure, et recouverte d'un détritus blanchâtre ; l'autre siège à la face inférieure ; elle est également dure, réniforme, entourée d'un bourrelet polycyclique et saillante dans son aire qui est également végétante et recouverte d'un détritus ; son aspect est étonnamment syphiloïde.

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de ce malade, nous voyons que les éléments initiaux de son éruption ont été successivement ou simultanément : 1° des bulles à contenu citrin ; 2 des soulèvements bulleux en bourrelets périphériques ; 3° des soulèvements purulents, plans, à contours sinueux, rappelant singulièrement les lésions de l'impétigo herpétiforme ; 4° des foyers miliaires profonds de suppuration, arrondis, avec pus louable.

Ces altérations laissent à leur suite : 1° des saillies végétantes souvent lamelleuses, qui persistent pendant des mois; 2° des macules; 3° des cicatrices de caractères spéciaux (voir la précédente note).

La progression excentrique, continuant aussi longtemps que la thérapeutique appropriée n'intervient pas, constitue un des caractères essentiels de ces foyers.

Les choses se passent comme si des agents infectieux se greffaient sur la peau et s'y multiplaient en foyers à progression excentrique; leur apparition simultanée dans la plupart des foyers est en faveur d'une origine primitivement centrale, les agents infectieux se déposant et proliférant dans les lieux d'élection qui leur offrent un bon milieu de culture.

Cette manière de voir a été confirmée récemment par les recherches bactériologiques de Waellsch qui a trouvé, chez un malade atteint de cette même dermatose, un bacille à caractères spéciaux, semblable au pseudo-bacille diphtérique, différent par conséquent du staphylocoque blanc observé par M. Darier chez un de nos malades.

Ajoutons que le signe de Stoukowenkoff-Nikolsky, cherché par nous chez ce sujet, y fait complètement défaut.

Le processus de cette maladie offre de frappantes analogies avec celui de la syphilis; dans l'un et l'autre, des foyers d'origine centrale se reproduisent en poussées multiples et chacun d'eux se développe ensuite isolément, mais il y a entre eux cette différence essentielle que les manifestations de la syphilis se modifient dans leurs caractères, tandis que ceux de la maladie de Neumann revêtent indéfiniment les mêmes formes pustuleuses ou bulleuses.

Nous pouvons conclure de ces faits que, contrairement à l'opinion émise en Allemagne par MM. Kaposi et Herzheimer et soutenue en France par MM. Hudelo, Wickham et Darier, cette maladie diffère des autres pemphigus, ainsi que de la dermatite herpétiforme. Il existe bien une forme végétante de dermatite herpétiforme; nous en avons communiqué à la Société de dermatologie un exemple des plus remarquables : mais alors, les végétations se limitent strictement aux territoires occupés par les bulles génératrices; elles n'ont aucune tendance à se multiplier de proche en proche; elles s'affaissent spontanément, au bout de quelques semaines; les poussées bulleuses reviennent par accès; elles se produisent simultanément dans un certain nombre de foyers toujours les mêmes, sans s'étendre jamais excentriquement : l'évolution des lésions est donc totalement différente dans les deux maladies.

On ne saurait davantage rapprocher, comme tend à le faire Jarisch, nos observations de l'*impétigo herpétiforme*; les lésions bulleuses et le pronostic relativement bénin sont en contradiction avec cette manière de voir.

Nous croyons devoir, pour éviter la confusion avec les pemphigus et la dermatite herpétiforme, maintenir à l'espèce morbide que nous avons en vue le nom de *maladie de Neumann* jusqu'au jour, prochain croyons-nous, où la bactériologie permettra de lui donner une dénomination tirée de son parasite pathogène.

3° Sur un cas d'amélioration spontanée de la lèpre.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Dans la dernière séance, M. Raynaud a communiqué à la Société des cas de lèpre qui se sont notamment améliorés, alors que les malades étaient soumis à un traitement par les injections hypodermiques de cacodylate de soude. Nous n'avons pas malheureusement, à côté de cas favorables, obtenu les mêmes résultats chez plusieurs de nos malades qui ont été soumis à cette même médication et nous nous demandons si les améliorations constatées par M. Raynaud ne sont pas de simples coïncidences. Nous nous fondons surtout, pour formuler cette réserve, sur les faits dans lesquels cette maladie présente spontanément une évolution rétrograde des plus frappantes; ils sont difficiles à rencontrer, car tous les malades, à de rares exceptions près, sont soumis plus ou moins activement à une médication. Nous en avons cependant déjà, l'an passé, cité un exemple : il s'agissait d'un jeune homme qui avait eu, pendant plusieurs mois, d'intenses poussées successives, malgré des injections hypodermiques réitérées d'huile de chaulmoogra et qui, depuis lors, a présenté une remarquable accalmie pendant plus d'une année, sans médication active régulièrement suivie.

L'observation du malade que nous avons l'honneur de vous présenter est à cet égard encore plus instructive.

Louis N..., âgé de trente-neuf ans, atteint de lèpre, est entré dans le service (pavillon Bazin) le 12 février 1900. Il a contracté la lèpre en 1885 à Taïti, où il était infirmier-major. Il a été soigné en 1894 par M. Duguet, à Lariboisière, d'où il est sorti, dix-huit mois après, très amélioré après un traitement par l'huile de chaulmoogra. Quand il vint à Bazin, il présentait encore cependant sur le visage, le tronc, les membres, de nombreux nodules lépreux, et des taches pigmentées café au lait d'étendue variable. Il était atteint de lésions oculaires; les cils étaient tombés; la fente palpébrale était rétrécie; les yeux larmoyaient; l'acuité visuelle était très diminuée; la vue était trouble. Du côté de la bouche, la langue, les yeux, le voile du palais étaient parsemés de granulations blanchâtres. Pendant son séjour à Bazin, des ulcérations nombreuses survinrent dans ces régions.

Au niveau des deux coudes, existaient des ulcérations dues aux frottements et à la pression sur le bois dur des tables : à droite, la perte de substance mesurait les dimensions d'une pièce de 5 francs; elle était profonde et laissait

voir l'olécrâne à nu; à gauche, elle était plus petite et plus superficielle. Les mains présentaient les déformations de la griffe lépreuse, avec atrophie des éminences thénar et des muscles interosseux. Enfin l'anesthésie remontait jusqu'à la moitié des bras environ.

En juillet 1901, le malade eut une forte poussée ; son état général devint mauvais; chaque soir, la température s'élevait; les ulcérations de la bouche gênaient la mastication, elles constituaient des portes d'entrée aux infections secondaires; le nez était obstrué par des mucosités sanguinolentes; la voix était enrouée; il y avait presque de l'aphonie; le malade n'acceptait plus aucune médication : une terminaison fatale semblait imminente.

Au mois d'août, il passa dans un service voisin pendant la fermeture du pavillon Bazin, et il n'y subit aucune médication; empiriquement, il absorbait chaque jour deux cuillerées à soupe de graisse d'oie qu'il se faisait apporter du dehors : or, au mois d'octobre, il revint à Bazin, très amélioré.

Les ulcérations des coudes, qui dataient de dix-huit mois, se sont complètement cicatrisées en trois mois; la vue est meilleure; la voix est revenue en partie. Dans sa bouche, il n'existe plus d'ulcérations, il ne persiste que quelques traînées blanchâtres. L'état général est aussi satisfaisant que possible : l'apyrexie est complète; l'appétit, le sommeil sont revenus; les taches pigmentées du tronc ont blanchi; le visage s'est nettoyé et ne présente plus les ulcérations et les croûtes qui avoisinaient les orifices du nez et le bord des lèvres : c'est une métamorphose.

Ainsi donc, ce malade, qui était pour ainsi dire mourant au mois de juillet, se trouve aujourd'hui mieux portant qu'il ne l'a été depuis longtemps, et cette frappante modification dans son état s'est produite en l'absence de toute intervention médicamenteuse. Ces faits doivent, si nous ne nous trompons, donner à réfléchir aux médecins qui attribuent à leur intervention les améliorations qu'ils voient se produire chez ces lépreux.

On peut se demander si la diète spéciale à laquelle s'est soumis empiriquement notre malade n'a pas eu une part dans son amélioration; dans cette idée, nous soumettons actuellement nos lépreux à un traitement par l'huile de foie de morue à haute dose.

Sur un cas de périfolliculites agminées d'origine staphylococcique.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

L..., âgée de trente et un ans, surveillant dans une maison de banque, n'a jamais été malade. Le 10 novembre 1901, il voit apparaître, sur le bord cubital de la face dorsale de sa main droite, une éruption formée de petits éléments arrondis, légèrement saillants, de couleur rosée. Les dimensions de chaque élément sont celles d'une tête d'épingle. Ils sont groupés en une plaque dont les contours nets représentent une circonférence d'une étendue égale à celle d'une pièce de 50 centimes. Cette plaque éruptive s'accompagne de prurit. Peu à peu, le malade voit cette éruption s'étendre,

tout en conservant sa forme nettement arrondie. Il va chez le pharmacien, qui lui fait mettre une pommade à l'oxyde de zinc; puis, comme la plaque continue à progresser, il va voir un médecin qui diagnostique : eczéma humide.

C'est à ce moment — le 18 novembre — qu'il vient à notre consultation : la main est enflée; tout le bord cubital de sa face dorsale est rouge, enflammé; la plaque éruptive mesure 3 centimètres transversalement, sur 5 verticalement; elle n'a donc plus sa forme circulaire, elle s'est étendue suivant la région poilue qui borde la face dorsale de la main, entre la base du petit doigt et la région correspondante du poignet. Le fond de la plaque éruptive est d'un rouge foncé; on y voit de nombreuses pustulettes du volume d'une tête d'épingle, centrées d'un poil, d'où l'on fait sortir, par pression, une gouttelette d'un pus jaunâtre, bien lié. La superficie de cette plaque est recouverte de croûtelles minces, d'un gris jaunâtre. En outre, on remarque que la plupart des poils de cette région sont tombés. Nous portons le diagnostic de *périfolliculites agminées* et nous cherchons le trichophyton.

L'examen répété des poils, qui existent encore, montre qu'ils sont engainés, mais n'y révèle pas la présence de spores. L'ensemencement des poils, des croûtelles et du pus, fait à trois reprises sur gélose glycérinée, donne seulement des cultures de staphylocoques blancs et dorés.

Nous prescrivons comme traitement l'application de vaseline iodée au 1/100. Actuellement, la main n'est plus enflée; la plaque éruptive a diminué d'étendue : elle ne mesure plus que 3 centimètres transversalement sur 4 centimètres verticalement. Elle a aussi changé d'aspect. Le fond en est rosé; on n'y voit plus qu'au centre et sur les bords de petits abcès miliaires à pus jaunâtre. L'épiderme a desquamé sur les bords par suite de l'application de la pommade iodée. Les poils sont complètement tombés.

Ce fait montre que les staphylocoques peuvent donner lieu à des suppurations folliculaires agminées très analogues à celles que produit la trichophytie. Peut-être cependant y a-t-il quelques différences objectives entre les deux ordres d'altérations. Chez ce malade, les saillies sont moindres, les foyers purulents sont moins nombreux que dans la trichophytie; d'autre part, la propagation n'est pas nettement circulaire et elle nous a paru se faire en partie par des élevures non purulentes. Quoi qu'il en soit, notre observation montre que l'on n'est pas en droit de rapporter à la trichophytie toutes les périfolliculites agminées.

Prurigo localisé à répétition chez une névropathe (névrodermite et réflexe ranien).

Par M. Gastou.

La malade que je présente à la Société me paraît intéressante à deux points de vue qui, tout en paraissant tout à fait étrangers l'un à l'autre, me semblent au contraire avoir un lien étroit.

Il s'agit d'abord pour moi d'avoir un diagnostic exact, un nom à mettre à une affection prurigineuse rencontrée assez fréquemment dans la pratique.

Il s'agit ensuite de montrer que cette affection est souvent en rapport avec un état nerveux spécial, qui dans certains cas a pour expression un signe tout à fait caractéristique auquel j'ai proposé le nom de « réflexe ranien », par analogie au réflexe d'origine sciatique obtenu chez la grenouille décapitée.

Voici l'histoire de la malade :

C..., couturière, âgée de vingt-sept ans, ne se souvient pas d'avoir eu de maladies graves ou d'affections spéciales dans son enfance. Réglée à douze ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis. Son passé pathologique utérin n'existe pas, mais il n'en est pas de même du passé physiologique du même organe. Elle a eu en effet depuis quelques années des « incidents sentimentaux », des « peines de cœur », selon l'expression populaire, qui peuvent avoir joué en rôle dans l'état d'excitabilité dans lequel elle se trouve.

Elle est très émotive, la moindre impression agit fortement sur son état moral et physique. A première vue, du reste, sa figure légèrement émaciée, les yeux profonds, à éclat et fixité passagère, indiquent une névropathe. Ses antécédents héréditaires ne démontrent pas dans son passé d'accidents nerveux. Son père vit, il est atteint de psoriasis, ne paraît pas alcoolique et ne semble pas avoir eu d'autres maladies ou tares physiologiques. Sa mère est morte de fièvre typhoïde très jeune. Elle a deux frères et deux sœurs bien portants; l'une de ses sœurs a les mêmes signes névropathiques que notre malade.

Celle-ci est venue à Saint-Louis pour une affection cutanée dont le début remonte à trois ans. Sans causes apparentes, survinrent des démangeaisons sur le dos des pieds; à ces démangeaisons firent suite des papules, qui excoriées devinrent des croûtelles. Nous n'avons pu voir ces accidents, mais il y a deux ans, de semblables manifestations apparaissant aux mains, la malade vint consulter à Saint-Louis.

L'éruption est localisée au dos de la main, envahissant l'origine des doigts et s'étendant un peu au-dessus du poignet, le tout figurant sur les deux mains la forme d'un large cercle. Le centre du cercle a moins d'éléments éruptifs que la périphérie, où de place en place on les voit se grouper en amas. C'est par un prurit violent, dit la malade, que débute l'éruption. Presque associée à ce prurit est l'apparition d'une papule profonde, qui donne, dans son développement rapide et graduel, tantôt l'apparence d'une papulo-vésicule, tantôt celle du strophulus. Sous l'influence du grattage, la papule se transforme en papulo-croûtelle. Les éléments isolés se réunissent, la peau au voisinage se tuméfie légèrement et s'épaissit, produisant un groupe éruptif, soit purement lichénisé et sec, soit eczématisé avec suintement et croûtelles. Sauf en un ou deux points, le grattage en produisant une infection superficielle a transformé l'éruption et donné l'aspect d'une pyodermite, mais il n'existe pas nettement de lichénification vraie.

La sensibilité est normale au niveau du dos des mains et partout ailleurs. On ne note aucun trouble organique ou lésion viscérale.

La seule particularité à signaler est l'existence d'une exagération de la sensibilité réflexe tout à fait étrange. Si on veut en effet percuter le tendon rotulien de la malade, elle est prise d'une sensation d'angoisse, se lève et repousse la main qui veut percuter. Ce refus et cette crainte résultent du fait, que dès les premières fois qu'on a voulu percuter le tendon rotulien la malade a présenté un véritable sursautement de tout le corps ; tous les muscles des membres dès le choc tendineux se sont en effet détendus brusquement, comme mûs par un ressort, et la malade en a éprouvé une sensation tellement pénible qu'est survenu un malaise général avec crises de larmes ; malaise à la suite duquel elle refuse tout nouvel essai de percussion. C'est ce signe que j'ai proposé d'appeler « *réflexe ranien* ».

Discutant en premier lieu l'affection cutanée, je demande à la Société et en particulier à M. le Dr Brocq, s'il s'agit d'un prurigo eczématisé et lichénisé, ou bien de ce qu'il a désigné sous le nom de lichen simplex, ou bien encore de névrodermite.

Cette affection, localisée au dos du pied ou à la face dorsale des mains, a, dans presque tous les cas, la même évolution. Elle débute par un prurit plus ou moins intense, persistant, prolongé, violent même, survenant dès que les parties sont à l'air au changement de température. Presque en même temps que le prurit, apparaissent des papules, les unes donnant l'impression de ce que l'on a appelé strophulus chez l'enfant, les autres se présentant avec les caractères de l'élévation papulo-vésiculeuse du prurigo chronique.

Il n'y a pas dans ce cas l'aspect de la papule plate du lichen. D'ailleurs le grattage ne se calme qu'après qu'il s'est produit une excoriation de l'élément éruptif et la papulo-croûtelle. L'évolution de l'élément tend alors soit vers l'eczématisation, soit vers la lichénisation ou même surajoute au premier stade papuleux dermique un second stade infectieux et pyogène et l'affection aboutit alors soit à l'eczématisation suintante et croûteuse pyogène, soit à la lichénification sèche avec épaississement de la peau.

Si l'on rapproche l'examen anatomique d'un fragment cutané comprenant à la fois des éléments papulo-croûtelleux et strophuleux, on retrouve dans les lésions cutanées les processus anatomiques de l'hyperkératose, de la parakératose, de l'acanthose joints à une altération *des vaisseaux* des couches papillaires et sous-papillaires du derme, se caractérisant par un amincissement très marqué des papilles, dans lesquelles existent des dilatations vasculaires donnant un aspect réticulé; et surtout par l'infiltration périvasculaire et périglandulaire.

Une particularité intéressante à signaler est la dilatation des lacunes lymphatiques.

En somme, l'ensemble des lésions ne peut faire rentrer l'affection soit dans l'eczéma, soit dans le lichen, soit dans le prurigo. Il semblerait qu'à côté d'altérations rencontrées dans ces maladies il existe, en outre, un processus anatomique analogue à celui qu on rencontre dans les séborrhées et les affections squameuses et un état

congestif, relevant des érythèmes et des altérations vaso-congestives de la peau.

Cet ensemble de lésions portant à la fois sur l'épiderme et sur le derme et se traduisant par des lésions vasculaires en même temps que par l'hyperkératose et la parabératose, me donnent à supposer que ces derniers troubles ne sont que la conséquence des lésions vasculaires et lymphatiques dont les unes indiquent un état d'inflammation chronique, tandis que les autres sont en rapport avec des poussées congestives.

Si l'on rapproche les constatations cliniques de l'existence du réflexe ranien constaté chez la malade et indiquant un état d'hyperexcitabilité nerveuse tout à fait marqué, on est en droit de penser que l'affection cutanée est sous la dépendance directe de l'état nerveux, celui-ci étant la véritable condition prédisposante de l'affection.

C'est pourquoi sans préjuger de la nature, de l'origine et de la pathogénie de l'affection des mains présentée par la malade, il m'a semblé intéressant de rapprocher l'existence du prurigo lichénisé et eczématisé de la constatation d'un réflexe spécial généralisé indiquant l'état nerveux prédisposant et de dénommer l'affection : névrodermite, faute de pouvoir mieux la désigner et pour bien témoigner qu'il ne s'agit en l'espèce ni de prurigo simple, ni de lichen, ni d'eczéma.

M. Brocq. — En examinant l'éruption de cette malade, on s'aperçoit tout d'abord de l'existence de lésions élémentaires qui sont des papulo-vésicules caractéristiques de cette forme d'eczéma à laquelle on a donné le nom d'eczéma papulo-vésiculeux. Cette modalité éruptive est très prurigineuse. La malade s'est grattée : elle a lichénifié l'éruption, et l'a infectée par des microbes pyogènes, staphylocoques et streptocoques, d'où l'aspect spécial de l'affection. C'est là une forme assez banale qui s'observe assez fréquemment chez les sujets à nervosité exagérée. C'est un de leurs modes favoris de réaction cutanée.

M. Leredde. — Les lésions histologiques sont analogues à celles de l'impétigo streptogène, de sorte que l'infection streptococcique est ici très probable.

M. Gastou. — Il y a ici des éléments analogues à ceux du strophulus et à ceux du prurigo ; quelles relations y a-t-il entre ces affections?

M. Brocq. — Cette variété papulo-vésiculeuse de l'eczéma a en effet des relations avec le prurigo simplex et avec le strophulus. Mais dans ces deux dernières dermatoses, les lésions sont plus dispersées, elles ont moins de tendance à se grouper et elles se lichénifient rarement. Les éléments de l'eczéma papulo-vésiculeux sont au contraire plus agminés et se lichénifient très facilement. Cette variété d'eczéma n'évolue que sur un terrain prédisposé et surtout névropathique.

Irritation gingivale comme point de départ de la pelade
(deuxième note).

Par L. Jacquet.

Je viens tenir un engagement contracté vis-à-vis de vous à la séance du 2 mai 1901 (1); je l'aurais d'ailleurs tenu beaucoup plus tôt, n'eût été une absence prolongée de ma malade.

Permettez-moi tout d'abord de vous rappeler brièvement les faits.

Mlle B... éprouve, en janvier 1901, un léger malaise fébrile avec quelques douleurs de déglutition; depuis, elle remarque, à diverses reprises, des épistaxis de la narine *gauche*.

Le 23 mars, elle vient me voir, envoyée par notre éminent et vénéré président, M. E. Besnier, et je constate :

1° Une aire peladique de la dimension d'une pièce de 2 francs à l'un des points d'élection de la zone peladophore, c'est-à-dire à la partie latérale de la nuque *gauche*. L'aire atteint à peine la ligne médiane.

Elle est nettement hypotonique; à peu près complètement glabre, et parsemée de nombreux poils cassés à ras et de poils massués.

Ces derniers, à la bordure supérieure, sont fort typiques et d'une abondance exceptionnelle. L'aire a été reconnue à la fin de février.

2° Une érythrose auriculo-faciale à très nette prédominance *gauche*.

3° Une hyperthermie auriculo-faciale *gauche*, aisément perceptible à la main.

4° Une hyperesthésie latente des nerfs faciaux du côté *gauche*.

Je vous présentai cette malade le 2 mai, dans le même état, sauf accroissement de l'aire peladique, qui à ce moment atteignait la partie droite de la nuque, tout en ayant toujours son foyer principal à gauche.

J'émis devant vous l'hypothèse que cet ensemble symptomatique, ce *syndrome*, était constitué par une série de troubles à distance, de troubles réflexes, provoqués et entretenus par l'éruption, tardive d'ailleurs, de la deuxième molaire inférieure *gauche*, qu'on voyait nettement, mais à moitié recouverte encore par la gencive.

J'ajoutai : « Je vais faire disparaître la cause irritative, et j'espère que la pelade, qui jusque-là a diffusé sous mes yeux de façon continue, va rétrocéder *pari passu*, avec les autres symptômes.

Le traitement employé a consisté en massages répétés et frictions excitantes : il sera continué sans nul changement. »

Ainsi fut fait.

La libération de la dent au galvano-cautère fut commencée par

(1) L. Jacquet. Irritation gingivale comme point de départ de la pelade. *Annales de Dermat.*, 1901, p. 425.

Frey, le samedi 4 mai, continuée par moi le lundi 6, et achevée le samedi 11.

Voici maintenant les résultats impartialement et minutieusement suivis :

Pendant une semaine, renforcement violent de presque tous les symptômes :

Douleur spontanée en mangeant, ce qui n'avait encore jamais eu lieu ; érythrose vive et *bilatérale*, sensibilité *bilatérale* de pression aux points d'émergence du trijumeau (1).

Puis les phénomènes réactionnels se calment, et, le 14 mai, les douleurs spontanées ont disparu, la sensibilité est *normale* à la pression des deux côtés ; la pommette *gauche* est de nouveau plus rouge et plus chaude que la droite.

Mais la pelade s'étend excentriquement, à vue d'œil, si bien que du 4 au 14 mai elle a au moins *doublé sa surface*. A ce moment, pas trace de duvet, *aussi ténu soit-il,* sur l'aire glabre.

Du 14 au 19, il semble qu'il y ait arrêt de l'extension ; pour mieux m'en assurer, je prends à cette date un décalque représentant exactement l'aire peladique, et je remarque ce même jour (19 mai) un duvet *très ténu* sur l'aire.

Le 23 mai, je relève, grâce au décalque, un petit prolongement glabre angulaire, à la limite supérieure de l'aire ; aucun accroissement excentrique pour le reste.

A dater de ce jour toute extension a été définitivement enrayée.

Le duvet rapidement s'est renforcé *surtout en bordure*, et à la date du 1er août, la tonicité cutanée était devenue à peu près normale; la partie droite de la lésion était entièrement recouverte de poils colorés solides; enfin une large ceinture de poils sains bordait la lésion.

Mlle B... revient de vacances le 9 novembre, à peu près dans l'état où vous la voyez aujourd'hui, c'est-à-dire guérie entièrement, avec une repousse drue de cheveux sains et soyeux, un peu moins longs que vous ne les constatez aujourd'hui où ils ont au moins six centimètres; voilà tout.

Au total, j'estime que mes prévisions se sont réalisées entièrement, sauf en ce qui a trait au renforcement brusque de tous les symptômes, à la suite de l'excitation galvanique de la gencive, fait que je n'ai point prévu, et qui vient évidemment confirmer ma doctrine.

Mais depuis ce fait, j'en ai étudié minutieusement un grand nombre d'autres, soit nouveaux et observés à ce point de vue particulier, soit anciens, mais où je retrouvais, dans les détails de

(1) Notons en passant la conformité de ces faits avec la loi de généralisation de certains réflexes : une excitation plantaire faible amène la flexion du membre inférieur ; une excitation un peu plus forte amène des mouvements dans le membre supérieur homologue ; une plus violente encore les généralise aux deux côtés.

l'observation, des constatations confirmatives, d'autant plus précieuses qu'elles avaient été faites sans nulle idée préconçue.

Je vous soumettrai dans la prochaine séance l'ensemble de ces faits avec les conclusions qu'ils comportent.

M. Hallopeau. — A-t-on fait un traitement local?

M. Jacquet. — On a fait localement du massage et des frictions légèrement excitantes.

M. Hallopeau. — Je crois que le traitement local suffit à expliquer la guérison de cette pelade.

M. Barthélemy. — Notre collègue Jacquet a fait des observations sur l'état général de la sensibilité, de la nutrition et des urines, qui constituent des notions nouvelles et intéressantes dans l'étude de la pelade; mais je ne vois dans toutes ces anomalies que des coexistences ou bien des phénomènes indiquant les conditions les plus favorables au développement de la pelade. Jusqu'à preuve nette du contraire, je reste dans la croyance de la nature parasitaire de la pelade. Tout récemment encore j'ai observé un cas de pelade chez une fillette de dix ans, qui est dans une pension de la banlieue parisienne, où, sur 32 internes, il y a quatre autres cas de pelade. Cette plaque est atypique, de la largeur d'une pièce de cinq francs, et date d'environ trois semaines; elle est unique, nummulaire, et nullement ophiasique. D'ailleurs la question que je crois à la contagiosité de la pelade n'est pas ici en question, puisque je n'apporte aucun fait probant; mais je puis montrer à M. Jacquet bien des individus atteints de lésions dentaires et qui n'ont pas et n'ont jamais eu la pelade. D'autre part, si la pelade peut être parfois d'origine dentaire, comme dit notre collègue, que deviennent les anomalies urinaires constatées par notre collègue lui-même et que je considérais comme des indices du milieu d'élection pour le parasite peladique qui s'attaque surtout aux cheveux fragiles, fins et peu résistants? Ces troubles urinaires si intéressants que M. Jacquet et M. Porte nous ont signalés peuvent-ils donc être aussi des phénomènes réflexes et d'origine dentaire? Pour ma part, je trouve cette hypothèse de l'origine nerveuse de la pelade bien difficile à admettre, et je me rangerais tout au plus à l'opinion de la nature toxi-infectieuse du symptôme peladique, comme semble le prouver la pelade largement développée autour d'une piqûre de scorpion, cas que j'ai rapporté jadis ici même.

M. Jacquet. — M. Barthélemy vient d'affirmer à nouveau l'origine parasitaire de la pelade tout en convenant qu'il n'apporte à la discussion aucun élément probant; je pourrais de mon côté répondre par une affirmation contraire, sans que la question en soit plus avancée; bornons-nous donc à l'étude impartiale des faits.

La valeur et l'intérêt du mien résident en cette liaison, triplement répétée, de l'augmentation ou de la disparition de plusieurs symptômes groupés avec l'existence ou la suppression d'une certaine épine irritative.

Quant aux troubles urologiques que M. Portes et moi avons trouvés chez les peladiques, j'ai dit, *le premier*, qu'ils constituaient, à mon sens, une sorte

d'*humus* organique favorable au développement de la pelade, mais qu'ils ne lui étaient spéciaux en aucune manière, et qu'ils ne pouvaient suffire à créer la dermatose. La malade que je vous présente aujourd'hui n'en est d'ailleurs point exempte: elle est *oligurique*, *hypophosphaturique* et *hyperchlorurique*.

Je ne prétends pas davantage que toute lésion dentaire aura pour conséquence une pelade : je prétends seulement que dans les conditions réalisées *dans ce cas particulier*, l'évolution dentaire a été le point de départ de la pelade, ce qui est bien différent.

Néoplasie de la face dorsale de la langue.

Par MM. Brocq, Monier et Civatte.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société une malade de trente-six ans, qui porte sur la face dorsale de la langue une néoplasie saillante, villeuse d'aspect, sur la nature de laquelle nous serions heureux d'avoir l'avis de nos collègues.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires notables. Son père est mort à cinquante-neuf ans d'apoplexie. Sa mère, encore vivante, est âgée de cinquante-trois ans et est bien portante.

La malade a été réglée à quinze ans ; à vingt-cinq ans, elle a eu une petite fille qui est actuellement en bonne santé. A la suite de ses couches, elle a eu une bronchite qui a duré trois mois. Elle a fumé et a eu des habitudes d'intempérance.

En 1896, elle est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Gibert, pendant un mois et demi, pour une éruption située aux parties ; elle fut traitée par des pilules de protoiodure et elle en sortit guérie.

En 1898, elle entra à l'hôpital Broca, service de M. le Dr de Beurmann, pour des accidents analogues ; elle avait aussi des lésions intranasales. Après 7 ou 8 injections d'un composé mercuriel dont elle ne peut préciser la nature, elle sortit guérie.

En 1900, elle revint dans le service de M. de Beurmann pour des lésions nasales analogues : elle fut soumise aux pilules de protoiodure et sortit guérie.

C'est le 26 octobre de cette année qu'elle est entrée à l'hôpital Broca, salle Van Swieten, pour la lésion qu'elle présente en ce moment à la langue, et dont l'origine semble remonter aux derniers jours d'août.

Cet organe est souple et mobile : la malade n'y éprouve aucune douleur ; il n'y a ni gêne pour la phonation, ni salivation exagérée.

Sur la moitié antérieure de la face dorsale de la langue et un peu à gauche se voit une néoplasie qui couvre presque toute cette face dorsale transversalement et qui s'étend en avant jusqu'à la pointe. Sa forme générale est irrégulièrement ovalaire : son grand axe antéro-postérieur est un peu oblique d'arrière en avant et de gauche à droite ; il mesure 4 centimètres et demi. Son petit axe transversal mesure environ 2 centimètres et demi.

Les bords en sont assez nettement arrêtés; en certains points ils forment

même un relief des plus abrupts au-dessus du niveau de la muqueuse saine, et ce relief atteint vers la partie latérale droite postérieure jusqu'à 6 ou 7 millimètres de hauteur. En ces points la néoplasie est tellement bien séparée du reste de l'organe qu'à sa base se voit une sorte de sillon ou de rainure dans laquelle on peut introduire la pointe d'un stylet.

La coloration générale de la néoplasie est rose, assez analogue à celle du reste de la langue. En l'essuyant, on constate qu'il existe en son centre une zone assez irrégulière, allongée suivant le grand axe de la tumeur, au niveau de laquelle la surface est comme desquamée et grenue : il semble que l'on soit en présence de papilles géantes dont les sommets simulent presque des dilatations lymphatiques, comme on en voit à la surface des lymphangiomes.

D'ailleurs, toute la surface de la néoplasie paraît être divisée par des sillons transversaux qui s'enfoncent profondément, pénétrant jusqu'au niveau normal de la langue. Ces sillons s'ouvrent dans certains mouvements de cet organe : ils donnent à la tumeur un aspect multilobé.

A la palpation, la néoplasie n'est pas douloureuse; elle a une consistance élastique. Elle ressemble en somme surtout à un papillome dépouillé de tout épiderme corné.

Les parties voisines de la langue semblent être parfaitement normales : elles ne présentent aucun symptôme d'inflammation de voisinage.

La face interne des joues et les bords latéraux de la langue portent l'empreinte des dents; à ce niveau la muqueuse est légèrement tuméfiée et comme opaline, mais non leucoplasique.

L'incisive latérale droite supérieure manque, ainsi que la deuxième petite molaire et la deuxième molaire en bas et à droite. La première molaire inférieure gauche n'existe plus qu'à l'état de chicot. La deuxième molaire inférieure gauche est atteinte de carie au 3e degré. Mais aucune de ces lésions dentaires ne peut expliquer la néoplasie linguale.

La malade présente quelques petits ganglions dans la région sous-maxillaire. Il y en a un assez volumineux à gauche.

Il n'y a pas trace d'accidents syphilitiques nets en aucun point du corps, ni à la peau, ni aux muqueuses.

Les viscères semblent être normaux, cependant il y a un peu de submatité et de respiration soufflante au sommet droit.

L'état général est assez bon : la malade est maigre (poids le 26 octobre, 43 kilogr. 800; le 10 novembre, 44 kilogr. 500; le 29 novembre, 44 kilogrammes), mais assez vigoureuse. La peau est fortement pigmentée : mais elle l'a toujours été.

On a tout d'abord fait sans le moindre résultat 8 injections de cacodylate iodohydrargyrique. Puis on a fait 5 injections de calomel, 4 à 5 centigrammes les 3, 12, 26 novembre et 4 décembre, une à 7 centigrammes le 18 novembre.

Le 24 novembre, la malade a présenté un commencement de stomatite mercurielle, de la salivation avec haleine fétide. A la partie interne de la joue gauche, il y avait une ulcération allongée, recouverte d'un enduit blanchâtre, partant de la dent de sagesse inférieure. Actuellement la stomatite est en voie d'amélioration. Mais, quoique la malade soutienne que la néoplasie a notablement diminué, il nous est impossible de trouver dans son aspect la moindre réduction appréciable de volume : on dirait même plutôt qu'elle a gagné vers la pointe de la langue.

Examen histologique, fait par M. Civatte. — La biopsie a porté sur la partie postérieure de la tumeur. La portion enlevée a été divisée en trois fragments. L'un a été fixé par le mélange de Lindsay (chlorure de platine, acide osmique, bichromate de potasse); les deux autres ont été fixés dans un mélange de formol et d'acide picrique. Ils ont été durcis à l'alcool, inclus et coupés à la paraffine.

Les coupes fixées par le liquide de Lindsay ont été colorées par la safranine et le bleu de Benda.

Les autres ont été colorées au bleu polychrome, au bleu de Roux — à l'hématoxyline-éosine, — à l'hématoxyline de Heidenhain et au vert Lumière.

M. Darier a bien voulu examiner ces coupes et nous donner l'appui de son autorité.

Vues à un faible grossissement, elles présentent toutes un aspect analogue : on voit une couche épithéliale assez épaisse, qui envoie, dans le tissu sous-jacent, des prolongements plus ou moins ramifiés.

Ce tissu sous-jacent est formé par un infiltrat très peu vascularisé, au milieu duquel se voient quelques fibres musculaires striées, en dégénérescence cireuse pour la plupart.

Dans presque toutes nos coupes, ces prolongements épithéliaux sont très grêles, ils envoient des ramifications secondaires, qui forment, par leur jonction, un réseau épithélial à mailles fermées, englobant des îlots mésodermiques.

Dans quelques-unes cependant, ces bourgeons sont moins découpés. Ils s'enfoncent à peu près verticalement dans le tissu sous-jacent.

L'aspect en réseau est dû probablement à ce que toutes les coupes n'ont pas été faites perpendiculairement à la surface de la tumeur.

Lorsqu'on examine les préparations à un fort grossissement, le tissu granuleux paraît formé en majorité de cellules plasmatiques. Leur taille, leur contour polygonal, leur noyau excentrique, leur réaction colorante ne laissent aucun doute à cet égard. Quelques-unes possèdent deux noyaux.

Nous avons trouvé quelques cellules géantes. Elles sont fort peu nombreuses.

En certains points, cet infiltrat prend un aspect plus franchement inflammatoire : on trouve des leucocytes polynucléaires, et un peu de fibrine extravasée. A côté, les noyaux des cellules embryonnaires s'étirent; une organisation fibreuse s'ébauche.

Les capillaires sont à différents stades d'organisation : les uns ne sont composés que d'une rangée de cellules endothéliales; les autres sont entourés d'une couche de cellules conjonctives déjà nettement différenciées. Nous n'en avons pas trouvé qui soient entourés d'une zone de tissu fibreux adulte.

L'épithélium présente : 1° un stratum germinativum qui repose sur une basale, et présente de nombreuses karyokinèses, assez souvent irrégulières.

2° Un stratum filamentosum. Les cellules de celui-ci s'aplatissent de plus en plus à mesure qu'on approche de la surface de la tumeur, et perdent leurs ponts intercellulaires.

On ne trouve pas d'éléidine. D'ailleurs l'examen clinique n'avait montré nulle part l'aspect de la leucoplasie.

A la surface, on voit une zone très mince, translucide, qui se colore en rouge vif par la safranine, et doit représenter une couche de cellules kératinisées.

Plusieurs de ces cellules du stratum filamentosum sont en dégénérescence muqueuse. Par places, on les trouve groupées de façon à former des globes épidermiques. Ceux-ci ne subissent pas, au centre, la kératinisation, mais seulement la dégénérescence muqueuse.

Enfin, on voit de nombreux îlots qui présentent l'aspect de l'œdème interstitiel. Les cellules sont écartées, reliées entre elles par leurs prolongements intercellulaires. Dans l'intervalle, il y a de nombreux lymphocytes et quelques polynucléaires. Cette altération peut occuper toute la hauteur de la couche épithéliale.

En quelques points, il y a effraction de la membrane basale par les lymphocytes; en d'autres points, elle est conservée, la couche germinative est respectée; ses cellules sont seulement dissociées par l'œdème, ce qui met en évidence leurs prolongements latéraux.

Cependant, sur quelques préparations, à l'extrémité de certaines travées, présentant ou non de l'œdème interstitiel, on voit des cellules irrégulières, déchiquetées, séparées par des lymphocytes, mais qui diffèrent sensiblement des cellules précédentes ratatinées par l'œdème intercellulaire, et fortement teintées par les colorants basiques.

Il s'agit ici de grandes cellules claires, granuleuses, dont quelques-unes sont en karyokinèse. Ce sont évidemment des cellules épithéliales métatypiques.

Ces bourgeons ainsi composés s'étirent parfois en travées très minces; d'autres fois, ils restent volumineux et semblent délimités encore par une basale.

D'autres fois encore, ces cellules se répandent sans ordre dans le tissu mésodermique sous-jacent.

Remarques. — La présence des globes épidermiques ne pouvait à elle seule nous faire diagnostiquer un épithéliome ; mais la présence d'épithélium métatypique entraîne la conviction.

Ce n'est encore qu'un processus épithéliomateux au début.

Mais il ne semble pas qu'il n'y ait là qu'un épithéliome. L'infiltrat sous-jacent est trop important pour n'être considéré que comme une simple réaction du tissu mésodermique à la prolifération épithéliale.

Nous n'avons pas trouvé d'artère sur nos coupes, et nous perdons ainsi un élément précieux de diagnostic, qui aurait pu, par la présence d'endartérite et la systématisation périvasculaire de l'infiltrat, nous permettre d'affirmer sa nature spécifique.

Mais la connaissance des antécédents syphilitiques de la malade, et l'abondance des cellules plasmatiques, nous semblent légitimer ce diagnostic.

La tumeur serait donc constituée au point de vue histologique par un épithéliome développé sur une syphilide.

D'autre part, les résultats thérapeutiques négatifs obtenus avec les injections de calomel ne nous permettent pas, ce nous semble, de soutenir l'hypothèse de la nature purement spécifique de la tumeur.

Il nous faudrait donc conclure à un papillome quelconque de nature encore inconnue, ou bien, comme semble le prouver l'examen histologique, à un épithéliome spécial d'aspect et d'évolution peut-être développé sur une base spécifique ?

Ce serait donc plutôt vers cette dernière hypothèse que nous pencherions, et, à cet égard, nous ferons dès lors remarquer qu'il s'agit probablement là d'une forme d'épithéliomatose linguale assez particulière, dont nous avons déjà observé plusieurs exemples et qui est caractérisée :

a) Par son aspect assez franchement papillomateux : elle semble être constituée par des papilles géantes accolées les unes aux autres, régulières de dimensions, de manière à donner une surface velvétique d'aspect, mais relativement unie, parcourue par de profonds sillons qui ne deviennent visibles que lorsque l'on tend la néoplasie ;

b) Par l'absence de phénomènes inflammatoires réactionnels périphériques, et par son indolence ;

c) Par sa limitation nette, par sa superficialité et la saillie arrêtée qu'elle fait au-dessus des parties saines périphériques ;

d) Par sa bénignité apparente. Il semble en effet qu'elle soit justiciable de l'exérèse avec succès consécutif.

Cette forme doit rentrer sans doute dans l'épithéliome papillaire dont parle M. Darier dans son article Épithéliome de la *Pratique dermatologique*; « sa surface, dit-il, est veloutée, rouge et brillante ». Avec M. le professeur Fournier, il en a présenté à cette Société le 18 mai 1893, un cas typique qui siégeait à la verge, sous le nom d'épithéliome bénin syphiloïde de la verge (épithéliome papillaire). Voici comment, dans sa communication, il résume ses idées à propos de cette néoplasie : « Le terme d'épithéliome papillaire que nous avons employé, doit, à notre sens, exprimer cette idée d'une néoformation de nature épithéliomateuse, mais cantonnée à la région des bourgeons interpapillaires et sans caractère envahissant. »

M. Darier. — J'ai constaté, sur les préparations histologiques qui m'ont été soumises, qu'il s'agit certainement d'un épithéliome. Mais il y a en outre une infiltration embryonnaire qui m'a paru disproportionnée et qui indique que cet épithéliome s'est développé sur une lésion préexistante, probablement syphilitique.

J'ai observé un certain nombre de cas de cette forme d'épithéliome superficiel, papillaire. Si l'on voulait schématiser la description des épithéliomes de la langue, on pourrait dire qu'il en existe deux espèces, l'une plongeante, infiltrante, destructive en quelque sorte, l'autre formant des végétations

plus ou moins saillantes, évoluant en surface, à contours bien arrêtés.
J'ajouterai que l'intervention chirurgicale, qui donne de si déplorables résultats dans les formes destructives, est beaucoup plus efficace dans cette forme végétante. Je connais plusieurs malades que j'ai fait opérer d'épithélioma papillaire de la langue depuis des années sans récidive.

M. Leredde. — J'ai observé avec M. Brocq un cas du même ordre, différent seulement par le siège sur le bord de la langue, identique par les autres caractères : disposition en plateau, évolution en surface, état papillomateux, et même les détails histologiques. La tumeur, enlevée il y a six mois, n'a pas encore récidivé. La malade était syphilitique : la syphilis peut jouer dans cette forme d'épithéliome lingual le même rôle de cause prédisposante essentielle qu'elle joue dans la forme vulgaire.

M. Barthélemy. — Dans les très nombreux cas de lésions linguales d'origine syphilitique que j'ai eu à observer, et notamment dans les formes hypertrophiques et végétantes des glossites spécifiques, je n'ai rien vu qui ressemble au cas présenté par notre collègue Brocq. Il n'y a pas de sclérose partielle ni d'aspect ficelé ; il n'y a pas d'infiltration ni d'induration, ce n'est pas la forme végétante, ni ulcéreuse et végétante (ulcus elevatum), il y a une mollesse et une exubérance telles qu'on a tendance à éliminer le diagnostic de syphilis ; car, le cas n'est difficile ici que parce que la malade est certainement syphilitique depuis plusieurs années. Certes il faut faire l'épreuve thérapeutique, comme dans tous les cas douteux ; je crois même que, dans certaines lésions secondo-tertiaires, on réussit parfois en associant la dose d'*un gramme* d'iodure de potassium (*pas plus*) aux préparations, voire aux injections, mercurielles. Mais si au bout de trois semaines le résultat n'est pas net, comme c'est probable, il n'y aura plus de place pour le doute et l'on devra poser le diagnostic ferme d'épithélioma bénin, proliférant ou végétant. La mollesse du néoplasme est ici vraiment remarquable. L'extirpation me semble prochainement inévitable.

M. Darier. — Je déconseille absolument l'iodure dans les épithéliomes.

M. Fournier. — C'est une lésion connue depuis longtemps ; on la décrivait autrefois sous le nom de papillome bénin de la langue. On peut l'observer, quoique plus rarement, sur le gland. C'est un épithéliome très superficiel, qui ne fait qu'effleurer les téguments. Il n'a rien de commun avec la syphilis et peut être opéré séance tenante, car le traitement antisyphilitique ne le modifiera nullement. Cette forme d'épithéliome est très différente de l'épithéliome vulgaire ou malin. Elle est bénigne et surtout n'est pas précédée de leucoplasie ; tandis que l'épithélioma vulgaire apparaissant chez des malades syphilitiques, a toujours la leucoplasie comme point de départ.

M. Brocq. — Les intéressantes remarques que vient de faire M. le professeur Fournier montrent bien qu'il s'agit d'une forme très spéciale d'épithéliome, sur laquelle les auteurs classiques n'ont pas assez insisté. Il faut retenir que, tandis que les autres épithéliomes linguaux doivent être respectés, cette néoplasie peut et doit être opérée.

Femme lépreuse, mari et enfants indemnes (prophylaxie familiale de la lèpre).

Par M. J. Darier.

C'est moins une présentation que je fais qu'une consultation que je viens demander à la Société sur la question suivante :

Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis d'une femme lépreuse, venant d'un pays infecté, avec son mari et ses enfants sains, et désirant y retourner avec eux ?

Je sais que la solution de cette question exigerait des notions précises et certaines d'une part sur la contagiosité de la lèpre, ses divers modes et conditions, suivant la forme, la virulence de la maladie et suivant les pays et régions, d'autre part sur l'hérédité de l'infection lépreuse, la prédisposition héréditaire ou l'immunisation — notions qui sont loin d'être suffisamment établies à l'heure actuelle (1).

Mais la pratique ne peut pas toujours attendre les progrès de la science et exige des réponses immédiates basées sur l'état actuel de nos connaissances. J'ai dû dans des occasions précédentes déjà prendre des décisions graves pour les intéressés ; le cas actuel se présente avec des difficultés spéciales. C'est pourquoi je viens soumettre mon opinion à l'appréciation de mes collègues.

Observation. — *Lèpre mixte, maculo-tuberculeuse et anesthésique : taches érythémato-pigmentées nummulaires, discoïdes et circinées, macules pigmentaires, alopécie ciliaire, léger œdème bronzé, paresthésies et anesthésies, lépromes des nerfs.* — Il y a peu de jours s'est présenté à ma consultation de l'hospice La Rochefoucauld, Mme X..., âgée de trente et un ans, qui présente des symptômes évidents et indubitables de lèpre.

Antécédents. — Elle est née à Condé-sur-Noireau (Calvados) de parents normands ; son père est mort d'accident il y a vingt-cinq ans ; sa mère, âgée de cinquante ans, tousse depuis longtemps ; une sœur est morte à six ans, trois sœurs et un frère sont bien portants.

Lorsque notre malade eut atteint l'âge de six ans, elle partit avec sa famille pour la Nouvelle-Calédonie, d'où elle est revenue il y a près de deux ans ; débarquée à Marseille le 6 mars 1900, elle vint à Paris et voyagea ensuite en Normandie et Bretagne (Condé, Rennes, Honfleur, Caen, Saint-Malo, Coutances, Argence, Rouen, Paris), pour suivre son mari dans ses tournées de représentant de commerce, car, à dix-neuf ans, en Nouvelle-Calédonie, elle s'était mariée avec un homme âgé aujourd'hui de quarante-cinq ans, originaire de Bretagne, venu à Nouméa comme soldat, et qui,

(1) Voir sur ce sujet : E. Besnier. Sur la lèpre, nature, origine, modes de transmission. *Acad. de méd.*, 1887. — E. Besnier. Rôle étiologique de l'hérédité, de la transmissibilité dans la production de la lèpre. *Conf. de la lèpre*, 1897, et *Ann. de Derm.*, 1897, p. 953. — Hallopeau. Les lépreux à Paris. *Ibid.* — Thibierge. Prophylaxie de la lèpre dans les pays où elle n'est pas endémique. *Ibid.*

après sa libération, avait exercé le métier de cordonnier. Il faut cependant signaler que pendant sa dernière année de service cet homme avait été employé comme infirmier. Mais il n'a pas eu à soigner de lépreux, et n'en a vu que de loin, les malades de cette catégorie étant soumis dans la colonie à un isolement assez rigoureux.

Ce mari, que j'ai examiné, ne présente aucun signe de lèpre ; je ne lui ai trouvé que des cicatrices d'une carie sterno-claviculaire datant de l'enfance, des cicatrices de cautères à la fesse, appliqués pour une sciatique, une cicatrice à la face interne de la jambe gauche, due à une plaie accidentelle, un lipome sur la région deltoïdienne droite et un souffle mitral au cœur.

Mme X... a eu six grossesses, dont voici l'histoire : premier enfant à vingt ans, mort en nourrice à un mois ; deuxième, fille, à vingt et un ans ; troisième, à vingt-deux ans, fille ; quatrième, à vingt-trois ans, mort-né à terme ; cinquième grossesse pendant le voyage de retour en France, mort-né, venu à sept mois ; au cours des quatre derniers mois de cette grossesse la malade a perdu du sang et a même dû être soumise au tamponnement.

Les deux filles vivantes (deuxième et troisième grossesses), sont très bien portantes, âgées de dix et de huit ans ; je les ai vues et ne leur ai rien trouvé de suspect.

Le dernier enfant, que vous voyez sur ses bras, et qu'elle nourrit en ce moment, est né le 14 août 1901 à Saint-Malo. Cette petite fille, âgée donc de quatre mois, est bien constituée, sans tare ni dystrophie, et ne présente aucune lésion suspecte ; son poids est plutôt au-dessus de la normale.

Alors que Mme X... était enceinte de sept mois, de ce dernier enfant, à Rennes, elle fit une chute dans un escalier, eut une métrorragie et fut soignée pendant huit jours à l'hôpital. On constata aussi à ce moment que la malade avait de l'albuminurie, qui a disparu depuis lors. C'est quelque temps après sa sortie qu'elle aperçut pour la première fois qu'elle avait sur la face antérieure des cuisses quelques taches rosées, 2 ou 3 de chaque côté, qui ont persisté depuis lors et se sont agrandies. Elles ressemblaient au début à des piqûres d'insectes.

Trois jours après l'accouchement à Saint-Malo, six ou sept semaines après les premières taches des cuisses, ont apparu sur la figure et peu de temps après sur les mains et les avant-bras, d'autres taches rosées qu'on lui a signalées au moment où elle a quitté la clinique et qui ne s'accompagnaient d'aucune sensation douloureuse. Elles ont persisté et ont été suivies de taches ou nappes beaucoup plus grandes qui, de l'avant-bras, ont gagné le bras. Vers le même moment, sans que la malade puisse préciser, elle a remarqué un engourdissement du petit doigt de la main droite. C'est sur les jambes que les macules actuellement existantes sont survenues en dernier lieu.

En interrogeant les souvenirs de la malade, il n'est pas possible de retrouver rien de précis au sujet de phénomènes prémonitoires, ou d'invasion, qui auraient précédé l'éruption : ni lassitude spéciale, tendance au sommeil, ni troubles digestifs, ni accès de fièvre. On peut signaler un certain degré d'anémie, imputable peut-être aux grossesses et pertes de sang,

et quelques douleurs vagues dans les mollets. Mais pas de coryza ou épistaxis, pas de douleurs articulaires, pas de suppression des sueurs.

État actuel. — On constate des taches cutanées, des alopécies et des troubles nerveux.

Les *taches*, qui existent en très grand nombre, surtout sur la face et les membres, sont érythémateuses simples, de coloration rosée légèrement lilacée, ou érythémato-pigmentées, de teinte rose jaunâtre. La plupart d'entre elles présentent une légère élevure au-dessus du niveau de la peau saine, ce qui leur confère une apparence urticarienne; au palper elles donnent l'impression d'une résistance élastique et, pour quelques-unes, d'une véritable induration. On peut, relativement à leurs dimensions, en reconnaître de trois ordres : les plus petites ont les dimensions d'une pièce de monnaie et sont discoïdes ou ovalaires; les moyennes sont moins régulières de forme et souvent leur centre est de teinte normale ou faiblement pigmenté; les plus grandes sont de larges nappes, plus grandes que la main, érythémateuses sur leurs bords seulement, et couvrent les régions où elles siègent de leurs circinations festonnées.

Sur ces taches, pas de desquamation, les poils n'ont pas disparu, les sillons ne sont pas plus marqués qu'à l'état normal, au contraire. Explorées au point de vue de leur sensibilité, elles sont pour la plupart *anesthésiques*, ou au moins analgésiques, mais à des degrés divers.

Les taches petites et moyennes existent au nombre d'une dizaine sur la face; les lèvres et les oreilles sont indemnes. On en trouve disséminées sur tout le corps. Il y a de véritables foyers de confluence, avec grandes nappes circinées, sur les bras et avant-bras, ainsi que sur les fesses et les cuisses.

En dehors des taches érythémato-pigmentées, on remarque sur le cou, surtout en arrière et sur les côtés, un véritable *collier de pigmentation* brun clair, à bords effacés, non pas aréolaire comme la syphilide pigmentaire, mais diffuse et en outre pointillée d'innombrables taches lenticulaires plus sombres, brunes ou d'un jaune très foncé.

Les extrémités et notamment les mains sont légèrement infiltrées d'un œdème non plastique, succulentes et d'une coloration vaguement ardoisée, due à un mélange de teinte cyanotique et de pigmentation (léger degré de l'œdème bronzé).

Alopécie. — Les cheveux sont absolument conservés, comme il est de règle dans cette maladie. Mais on note un certain degré d'*alopécie sourcilière externe* et la chute complète des *cils*. Cette circonstance, jointe à la présence des nombreuses taches lilacées de la face, donne à la malade une physionomie particulière et caractéristique. Les poils des aisselles sont très clairsemés ; ceux du pubis à peu près conservés. Les ongles ne sont pas modifiés.

Troubles nerveux. — On note une anesthésie incomplète au toucher et à la douleur dans la région cubitale de la main et de l'avant-bras gauches. On ne peut guère lui assigner une topographie dans le reste du membre, non plus qu'au membre supérieur droit, en raison de son peu de netteté et de l'anesthésie due aux taches qui s'y trouvent.

Il en est de même sur les autres parties du corps; les taches sont les unes anesthésiques, les autres normalement sensibles ou à peu près. Les deux jambes semblent insensibles au froid et à la chaleur.

Les sensations subjectives consistent en fourmillements occupant les quatre membres, avec engourdissement surtout accentué au réveil; parfois il y a des sensations de tiraillement douloureux de la peau. Ces paresthésies sont particulièrement accentuées aux deux derniers doigts de chaque main (auriculaire et annulaire) dans lesquels il y a fréquemment des fourmillements ou des impressions de doigt mort.

Aucun trouble moteur. Pas trace d'atrophie musculaire.

Au bras gauche on constate sur le cubital, à 5 centimètres de l'interligne articulaire du coude, un nodule dur du volume d'un petit pois. — On trouve aussi sur le sciatique poplité externe de la jambe droite, au niveau de la tête du péroné, un renflement fusiforme long de 2 ou 3 centimètres, douloureux à la pression.

État général. — Rien de remarquable. Pouls 68, régulier. Poumons normaux. Appareil digestif : constipation opiniâtre. Urines : pas d'albumine.

Dans les deux aines, ganglions perceptibles au toucher, mobiles et non douloureux.

Les conclusions de fait qui ressortent de l'observation ci-dessus sont les suivantes :

1° Notre malade est atteinte de lèpre évidente, confirmée, indubitable; dès le début l'infection se manifeste par des lésions cutanées profuses et par des lésions nerveuses accentuées; sans préjuger de l'évolution ultérieure de la maladie, au point de vue d'une systématisation possible, elle a pour le moment les caractères de la *forme mixte*.

2° Originaire d'un pays et d'une famille indemnes de lèpre, cette femme a contracté la maladie, comme il est habituel, en un pays lépreux, la Nouvelle-Calédonie, où elle a fait un long séjour. La *contagion* est donc ici certaine, quoique nous n'ayons rien pu apprendre sur sa source et les circonstances dans lesquelles elle a pu se produire.

3° Le mari, plus exposé par sa vie et ses relations au dehors, paraît avoir échappé à la contagion. Il en est de même des deux enfants nés à Nouméa.

4° La période latente ou d'incubation, a eu dans le cas actuel une durée voisine de deux ans. On ne peut en effet retenir, parmi les antécédents de notre malade, aucun fait antérieur à l'apparition des taches, qu'on puisse imputer avec certitude à l'infection lépreuse.

5° Particulièrement intéressante est la circonstance que l'enfant — conçu pendant la période de latence, venu au monde deux mois après l'apparition chez sa mère des symptômes caractéristiques, nourri au sein par elle depuis sa naissance et alors que la maladie maternelle se développait avec une grande rapidité — ne présente absolument rien de suspect jusqu'à ce jour. Il a donc échappé à l'hérédo-lèpre congénitale précoce, ainsi qu'aux dystrophies para-hérédo-lépreuses.

Directions a donner au point de vue thérapeutique et prophylactique. — C'est là le point épineux et le problème délicat que soulève le cas actuel.

Pour offrir une base à la discussion que je sollicite, je vais exposer les propositions que je fais :

1° La malade devra être, sous surveillance médicale régulière, soumise aux soins hygiéniques et thérapeutiques que comporte sa situation (ablutions, désinfections des muqueuses, médication par le chaulmoogra, le salol, l'ichtyol, etc.), et sur lesquels il est inutile d'insister ;

2° L'expérience ayant montré que la conditon *sine qua non* pour obtenir un arrêt, une atténuation, et parfois une quasi-guérison de la lèpre, est que le malade réside en un pays indemne de lèpre endémique, il est nécessaire que cette femme renonce à retourner en Nouvelle-Calédonie avec sa famille, comme elle le désire, et qu'elle se fixe en France;

3° Pour protéger son mari et ses enfants, ainsi que son entourage moins immédiat, contre la contagion, avons-nous le devoir et le droit de la soumettre à un isolement absolu ? Si malgré nos avis elle retournait à Nouméa, elle y serait, suivant les renseignements qu'on m'a fournis, soumise à un internement rigoureux dans une léproserie. Mais en France, à Paris ?

A Paris il y a depuis un siècle peut-être, et surtout depuis trente ans, un nombre considérable de lépreux venus pour s'y faire soigner et jamais on n'a constaté, ni à l'hôpital Saint-Louis, ni ailleurs, un seul cas de contagion. Tablant sur cette notion, curieuse mais indiscutable, peut-on considérer toute précaution comme inutile, et laisser la malade vivre de sa vie, avec son mari et ses enfants, procréer peut-être d'autres enfants encore ?

Pour ma part, j'estime qu'il y aurait à cela un danger réel, et, sans être en rien armé par des règlements ou lois, je proposerais à la malade, pour le salut des siens, les mesures suivantes : de se faire traiter dans un service hospitalier jusqu'à constatation d'une évolution favorable, de l'absence de lésions ouvertes et de toute émission de bacilles par les muqueuses; au bout de quelques semaines, de consentir à un *isolement relatif* dans la famille (chambre et lit spécial, aucun contact intime avec son mari et ses enfants, désinfection fréquente du linge et des vêtements, etc.).

4° Vis-à-vis du nourrisson, la conduite à tenir est particulièrement délicate. Il paraît sain, mais rien ne nous dit s'il jouit d'une immunité congénitale, aucun fait connu ne plaide en faveur de cette hypothèse; s'il a au contraire, de part son hérédité, une prédisposition spéciale, s'il n'est même pas en état d'incubation d'hérédo-lèpre reculée, tardive, ou de lèpre acquise.

En tout cas, si cruelle que soit cette mesure, il me paraît imposé de séparer dès maintenant la mère de son nourrisson, tant à cause de l'allaitement qu'à cause du contact journalier et intime ; l'enfant devra être soumis à l'alimentation par le lait stérilisé, dans les meilleures conditions possibles, mais ne peut pas être confié à une nourrice.

M. Barthélemy. — Je me souviens avoir vu dans les environs de Bergen, un pêcheur installé sur les bords d'un fiord norvégien, qui était atteint de la lèpre affectant la forme tuberculeuse et ulcéro-croûteuse la plus caractérisée. Cet homme avait cinquante-cinq ans et était en état de lèpre confirmée depuis plus de quinze ans; sa femme et cinq enfants paraissaient absolument indemnes.

Malgré ces faits, malgré l'observation si prolongée et si attentive de notre collègue Zambaco-Pacha, je ne puis pas croire à la non-contagiosité de la lèpre. Cette maladie est heureusement devenue trop rare parmi nous pour que nous puissions en connaître les modes de propagation ; mais les épidémies anciennes, les recherches modernes de Hansen me font persister dans la croyance à la contagiosité. Mais cette contagiosité, toute différente de la contagiosité de la syphilis, de même que celle de la tuberculose, ne s'opère probablement que dans certaines conditions encore indéterminées. Des inoculations positives semblent toutefois incontestables.

Quoi qu'il en soit, cette contagiosité est difficile ; elle est inconstante, elle n'est pas fatale, comme on le voit par le cas de M. Darier et par celui du pêcheur norvégien, pour ne citer que ceux-là. Donc le péril pour l'entourage n'est plus que problématique, voilà le fait.

D'autre part, quel sort attend le nourrisson qui est séparé de sa mère et qui est soumis à l'allaitement artificiel. M. Budin nous l'apprend; la mortalité est extrême. Le lait stérilisé n'est pas nuisible, mais que de soins il réclame pour conduire au succès : séparer le nourrisson de la mère revient donc à lui infliger beaucoup plus de chances de mortalité qu'en le laissant près d'elle. Car, il ne faut pas s'y tromper, si on ne le sépare pas complètement, on le laisse exposé à tous les dangers; ce n'est pas le lait, ce sont les baisers de la mère qui sont ici le plus redoutables. On ne pourrait conseiller la séparation et le lait stérilisé que dans des conditions d'hygiène et de soins dont la possibilité ne se rencontre qu'exceptionnellement.

M. Thibierge. — La question posée par M. Darier est très délicate. A l'hôpital Saint-Louis, où il y a depuis longtemps en permanence un nombre variable, mais souvent élevé, de lépreux, on n'a jamais obsservé de cas de contagion quoiqu'on n'ait pas pris de mesures rigoureuses d'isolement; on admet que dans l'Europe centrale la lèpre n'est pas — ou plus exactement n'est plus — contagieuse; mais qui oserait l'affirmer? D'autre part, en présence des idées contradictoires qui ont eu et ont encore cours sur l'hérédité de la lèpre, admise par les uns comme démontrée, tandis que d'autres rapportent à la contagion directe les cas de lèpre observés par les enfants de lépreux, on est en droit de se demander si, comme pour la tuberculose, les descendants de lépreux ne sont pas, du fait de leur ascendance, plus particulièrement exposés à prendre la lèpre par contagion.

En présence de ces incertitudes, je crois qu'il est prudent, dans le cas actuel, de prendre quelques précautions contre la contagion. Sans aller à des mesures rigoureuses, je pense que cet enfant ne doit pas rester au contact de sa mère, par conséquent ne doit pas être nourri par elle. Sans doute, l'enfant sera élevé dans de moins bonnes conditions, mais tous les jours nous sommes obligés de conseiller l'allaitement artificiel.

M. Bruchet. — Si les précautions recommandées pour empêcher la transmission de la tuberculose par le lait sont justifiées, à plus forte raison sont-elles nécessaires vis-à-vis de la lèpre et il me semble que la première à prendre est de suspendre l'allaitement maternel.

M. Sabouraud. — Ce sont la cohabitation et les contacts nombreux nécessités par l'allaitement qui exposent l'enfant à être contagionné par une mère tuberculeuse. Il en est de même de la lèpre.

M. Barthélemy. — L'allaitement artificiel n'empêchera ni la cohabitation, ni les contacts de l'enfant avec sa mère; il faudrait donc les séparer l'un de l'autre, et je ne crois pas qu'on y soit autorisé.

M. Bruchet. — Il n'est pas sûr que le lait d'une femme tuberculeuse soit inoffensif, bien qu'on n'y ait pas trouvé le bacille.

M. Sabouraud. — On ne trouve pas de bacilles tuberculeux dans le lait des femmes tuberculeuses; mais on ne sait pas si le bacille lépreux peut se trouver dans le lait des lépreuses; je ferai remarquer à ce propos qu'il n'existe pas de maladie infectieuse où l'on rencontre autant de microbes que dans la lèpre.

M. Veyrières. — Ni la contagion ni l'hérédité ne sont fatales en pareil cas. Je connais un confrère atteint de lèpre, dont la femme et l'enfant son restés indemnes.

M. Besnier. — Les questions posées par M. Darier, hérissées de difficultés, réclameraient, pour être résolues, une étude approfondie; voici seulement, répondant aux exigences immédiates, quelques propositions, dans l'ordre tracé pour la discussion :

1° Nécessité d'une surveillance et d'une direction médicales; médication interne intensive; désinfection permanente des muqueuses de rapport; traitement externe méthodique; hygiène spéciale, telle que les lépreux la rencontrent dans nos hôpitaux.

2° Danger pour la malade à retourner au pays lépreux, c'est-à-dire au pays qui présente les conditions inconnues du développement de la lèpre.

3° Pour la famille de la malade, utilité, rationnellement vraisemblable, de la séparation, jusqu'à ce que la patiente ait éprouvé l'action favorable du traitement; mais problématique, quand les muqueuses de rapport n'élimineront plus de bacilles, et quand seront closes les lésions qui auraient été ouvertes. Cela, parce que nous ne connaissons pas d'exemple de contamination lépreuse à Paris, dans la ville pas plus que dans l'hôpital Saint-Louis. Cependant, nous n'en restons pas moins hantés par la pensée que cette transmission pourrait se réaliser, si les éléments du complexus patho-

gène nécessaire se trouvaient réunis. Voilà pourquoi, malgré le poids des faits négatifs, la possibilité de contagion familiale, ou de formation de foyer, paraît si vraisemblable dans le cas particulier de M. Darier, que je me rallie à ses conclusions.

4° Enfin, pour l'allaitement, réserve faite de la contamination du lait, c'est surtout de la bacillose des muqueuses de rapport, et de l'existence de lésions ouvertes, quand elles existent, que dériverait la contre-indication, en raison des contacts incessants de la mère et du nourrisson.

M. Darier. — J'ai cru pouvoir avouer au mari, qui me le demandait, que sa femme avait la lèpre.

M. Besnier. — Dans les conditions particulières du cas de M. Darier, en réponse à la demande du chef de famille, aucune circonstance personnelle à la malade ne pouvant l'incriminer, chacun de nous, je pense, eût parlé comme lui.

M. Bruchet. — Quand dans un ménage le mari est syphilitique, nous n'hésitons pas à l'avertir. Pourrait-on agir de même à l'égard de cette malade ?

M. Leredde. — Je crois que M. Darier a rempli un devoir en révélant au mari la maladie de sa femme ; il y a des inconvénients à révéler au mari la syphilis de sa femme; il y en a pas à lui révéler la lèpre.

M. Besnier. — La question, en effet, varie sur plus d'un point selon qu'il s'agit de la lèpre ou de la syphilis, et je sollicite, sur son ensemble, l'opinion de M. Fournier.

M. Fournier. — Je n'ai pas d'opinion sur ce cas particulier. En ce qui concerne la syphilis, voici comment je procède. Quand un mari me présente sa femme atteinte d'une syphilis évidente, je ne dis rien ; je demande à examiner la malade pendant quelque temps avant de me prononcer, mais je préviens le mari qu'il doit éviter la contagion. Le lendemain, je confesse la femme et, si elle est coupable, je garde le secret ; au besoin, je sauve la situation en alléguant les multiples causes de contagion de la vie courante.

Quand une nourrice vous présente un enfant syphilitique, vous demandant si elle peut continuer l'allaitement ; que faut-il répondre ? On ne doit pas lui révéler la maladie de l'enfant.

M. Besnier. — Pour la syphilis, et sur la conduite à tenir dans les cas divers, l'accord est établi sur les bases tracées en termes si clairs par M. Fournier. Mais pour la lèpre, les circonstances de tout ordre qui peuvent se présenter au médecin sont si variées, et souvent si imprévues, qu'il ne saurait avoir une formule préétablie appropriée à chacune d'elles. Si, par exemple, sachant professionnellement que, de deux conjoints, l'un est lépreux, il n'est pas questionné, le silence est de rigueur. S'il était questionné, une réponse, strictement adaptée à l'ensemble des conditions spéciales au cas particulier, ne peut être formulée qu'après mûre réflexion. Un dernier mot :

En droit public, le médecin a-t-il le devoir, ou le droit, de dénoncer les cas de lèpre? En Allemagne, la déclaration est obligatoire depuis la loi

de 1900; mais elle ne l'est pas en France, et nous n'avons ni le devoir, ni le droit de les dénoncer.

M. Créquy. — M. Besnier nous dit que le médecin ne doit jamais être dénonciateur. Je regrette de ne pouvoir partager son opinion; qu'un aiguilleur, chauffeur, mécanicien, chef de train, garde-frein, en un mot un agent du service actif sur les voies ferrées, vienne à être pris d'une attaque d'épilepsie, je pense qu'il est du devoir du médecin d'en informer l'administration, afin que cet agent soit sinon réformé, au moins transféré dans un service où il n'aura rien à craindre pour sa propre sécurité ni pour celle des voyageurs. Ce que je dis pour l'épilepsie peut s'appliquer également au delirium tremens. C'est un devoir peur les médecins des compagnies d'éclairer leur administration. Les médecins étrangers appelés à constater ces faits n'ont pas la même obligation. Mais, personne que je sache, ne pourrait les blâmer s'il leur arrivait de les divulguer dans le but d'éviter la cause des accidents les plus graves.

Dans ces cas l'intérêt de la société prime les autres considérations qui, quelque respectables qu'elles soient, ne doivent passer qu'au second plan.

M. Leredde. — L'hypothèse de M. Créquy ne peut s'appliquer au cas actuel. Le médecin d'une grande compagnie ne se trouve pas dans la même situation que le médecin particulier d'une famille.

Tatouage accidentel par un pansement à l'eau de chaux.

Par M. Du Castel.

J. F..., âgé de trente-huit ans, couvreur-plombier, a été atteint, le 24 juin 1901, à la suite de l'explosion d'une lampe à alcool (lampe à souder), de brûlures siégeant au front, à l'extrémité supérieure du nez, aux paupières, à la région temporale, à la joue droite et à l'extrémité supérieure de la joue gauche.

Le malade est immédiatement pansé à l'eau de chaux, — ce pansement est laissé en place pendant trois heures, — puis le pansement est remplacé par des compresses imprégnées de la solution saturée d'acide picrique; pansement tous les trois jours.

La cicatrisation est terminée quinze jours après.

Actuellement, le malade présente un tatouage en blanc de toutes les parties atteintes par la brûlure (observation recueillie par M. Mauban, interne du service).

La biopsie et l'examen histologique, par M. Sabouraud, montrent, dans l'épaisseur du derme, des blocs épineux de carbonate de chaux ayant la forme d'une châtaigne de un demi à un millimètre de diamètre, inclus en plein derme sous un épiderme rénové non cicatriciel.

Du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible de l'hérédo-syphilis.

Par M. E. Fournier.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. le Dr Gaucher et au mien, cette jeune fille âgée de seize ans, qui offre un type d'arthropathies et de déformations classiques du rhumatisme chronique déformant.

Un simple coup d'œil vous suffira pour constater :

1° Les déformations si accusées des mains dont les doigts tout tordus, en lignes brisées, se rapprochent du type de flexion de Charcot ;

2° L'atrophie musculaire qui accompagne ces arthropathies de la main et qui, jointe à elles, fait de la malade une impotente, une estropiée ;

3° Les déformations des orteils. Le gros orteil de chaque pied est rejeté complètement en dehors ; il est dirigé transversalement et oblige les autres orteils à chevaucher par-dessus lui ;

4° La tuméfaction et la déformation de plusieurs grandes articulations, notamment du poignet dont l'apophyse styloïde cubitale est volumineuse, et du genou qui est hypertrophié en masse et globuleux.

Les autres articulations semblent encore indemnes ; mais la malade en souffre fréquemment ; elle souffre actuellement de douleurs assez vives des épaules, et cela est d'un pronostic fâcheux pour leur intégrité future.

Les caractères de ces déformations articulaires, joints à la marche progressive et envahissante qu'a suivie l'affection depuis son début et à la symétrie qu'elle revêt, ne laissent pas de doute possible sur l'étiquette de rhumatisme chronique déformant.

Deux points sont particulièrement intéressants dans cette observation :

1° L'âge auquel l'affection a débuté ;

2° L'étiologie que je crois pouvoir invoquer.

1° Contrairement à ce qui a lieu d'habitude, chez cette malade l'affection a débuté dans l'enfance, vers l'âge de huit à neuf ans.

Dès cette époque et depuis lors d'une façon presque permanente la malade a souffert au niveau des genoux, des épaules et des mains. Depuis huit ans la malade n'a eu qu'une seule période de rémission durant quelques mois d'été. Elle souffre beaucoup, surtout la nuit ; elle a subi, mais sans amélioration, divers traitements.

Contrairement encore à ce qui a lieu d'habitude, la maladie semble avoir chez elle intéressé d'abord les grandes articulations, les genoux surtout qu'elle a envahis et déformés dès l'âge de neuf ou dix ans, alors que les malformations des mains ne se sont manifestées que vers l'âge de douze ans.

Depuis lors l'affection a suivi régulièrement son cours progressif et envahissant.

2° Contrairement encore à ce qui existe souvent, je n'ai pu trouver ni dans les ascendants, ni parmi les collatéraux de cette malade, notion d'affection similaire.

Le père et la mère de ma malade sont morts à soixante-cinq et quarante-

huit ans, sans avoir jamais souffert de douleurs articulaires, sans avoir jamais rien présenté d'analogue à l'affection en question.

La malade a eu onze frères et sœurs ; deux vivent encore et sont, paraît-il, bien portants. Les neuf autres sont morts en bas âge.

J'ai peu de renseignements sur l'enfance de la malade, venue seule à l'hôpital et médiocrement intelligente. Je sais seulement qu'elle a eu la rougeole vers l'âge de cinq ans et les oreillons à onze ans.

Mais ce que j'ai pu constater, c'est que cette malade est une dystrophiée, une dégénérée.

Agée de seize ans, elle est restée une infantile. Sa taille ne mesure que 1 m. 41.

Elle n'a ni poils axillaires, ni poils pubiens; elle est complètement glabre.

Elle n'est pas réglée.

Elle est peu développée cérébralement.

En outre, elle présente sur différents points du corps quelques cicatrices d'origine indéterminée, datant de la première enfance; une carie des grosses molaires; des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires très suspects de syphilis et, enfin, à la jambe droite, la cicatrice d'une lésion qui a évolué dernièrement sous nos yeux, qui était un type parachevé de gomme syphilitique, et qui a rapidement guéri sous l'influence d'un traitement ioduré.

L'âge de la malade, la présence de cette lésion gommeuse de la jambe, l'absence de toute notion de syphilis acquise, cet ensemble si caractéristique de la polymortalité de ses frères et sœurs, et des stigmates dystrophiques si accusés qu'elle porte elle-même, ne peuvent, du moins semble-t-il à mon maître et à moi, laisser de doute sur l'origine hérédo-syphilitique de cette malade.

Est-il possible d'attribuer à la même cause toutes les arthropathies qu'elle présente et de considérer dans ce cas la syphilis héréditaire comme étiologie possible du rhumatisme chronique déformant.

Telle est l'opinion de M. Gaucher.

Telle était déjà l'an dernier, à pareille époque, ma façon de voir, lorsque j'eus l'occasion de vous présenter une malade en tous points semblable à celle d'aujourd'hui, malade dont je vous représente aujourd'hui les photographies et dont je vous rappellerai brièvement l'histoire.

Juliette T..., âgée de vingt-quatre ans, entre le 9 décembre 1899 à la salle Henri-IV.

Elle venait à l'hôpital chercher un soulagement aux douleurs articulaires excessives dont elle souffrait; elle y fut admise en raison des stigmates d'hérédo-syphilis qu'elle portait elle-même, ainsi que sa sœur qui l'accompagnait.

Je vous présente aujourd'hui les photographies de cette malade. La main est un type parachevé de rhumatisme chronique déformant en type de

flexion. Vous voyez les déformations si caractéristiques des diverses articulations des segments de la main et des doigts avec l'atrophie musculaire qui les accompagne.

Sur cette autre photographie vous pouvez voir les déformations si accusées des genoux.

Presque toutes les articulations étaient intéressées chez cette malade.

L'affection qui avait débuté à quatorze ans et qui avait obligé la malade à rester au lit durant quatre années consécutives, avait suivi la marche régulière du rhumatisme chronique déformant.

Début par les petites articulations; puis envahissement progressif et centripète intéressant successivement les articulations des poignets, des coudes, des cous-de-pied, des genoux; puis, en dernier lieu, des épaules et de la hanche.

Évolution symétrique, déformations, atrophie musculaire, ankyloses et douleurs excessives : n'est-ce pas là le tableau complet du rhumatisme chronique déformant aboutissant à l'infirmité absolue et complète de la malade.

Frappé par les dystrophies dentaires si marquées que présentait la malade et que cette photographie vous rappellera, et aussi par ce fait que depuis plusieurs années je soignais la sœur de cette malade pour des accidents d'hérédo-syphilis, je fus amené à rétablir l'observation clinique de la malade. La voici :

La mère de cette malade a eu de deux maris, morts tous deux, 21 enfants.

14 de ces enfants sont morts avant l'âge de dix-huit mois.

7 survivent.

Sur ces 7 survivants je n'ai pu en examiner que 3 dont voici l'histoire résumée :

1° Art. T..., âgée de vingt-huit ans; pas de renseignements sur la première enfance.

A treize ans, gomme du voile du palais et du pharynx, soignée alors par mon père. Concurremment périostite tibiale.

A vingt et un ans, vaste syphilide ulcéro-gommeuse de la face, ayant évolué, sans le secours d'aucun traitement spécifique, durant trois ans et ayant, au bout de ce long laps de temps, cédé très rapidement à un traitement ioduré institué par mon père. Il persiste actuellement une vaste cicatrice de la face occupant toute la région parotidienne gauche et droite, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la tempe. Depuis lors différentes localisations de gommes qui récidivent dès que la malade reste plusieurs mois sans traitement.

Actuellement, gomme de la région mastoïdienne droite datant d'un mois.

Cette malade est d'ailleurs bien constituée; assez grande, elle ne présente comme stigmates d'hérédo-syphilis que des stigmates rudimentaires du fond de l'œil, une vulnérabilité dentaire assez marquée et la persistance des quatre incisives inférieures de lait.

2° Jul. T..., âgée de vingt-quatre ans — la malade qui fait l'objet de cette observation. Enfance chétive. Marche et dentition très tardives. A

quatorze ans, début de l'arthropathie chronique déformante pour laquelle elle vient à l'hôpital.

Durant son séjour de plusieurs mois à l'hôpital, elle fut prise, à l'occasion d'une frayeur, d'une chorée saltatoire qui persista plusieurs semaines, rendant non seulement la marche, mais la station debout impossible et qui révéla que cette malade était une grande hystérique.

Cette chorée était le premier symptôme objectif de cette diathèse nerveuse.

Après avoir résisté à plusieurs essais de traitement différents, cette chorée disparut un jour spontanément, et n'a pas reparu depuis lors.

Outre quelques cicatrices disséminées sur le corps et indéterminées comme origine, cette malade présentait comme stigmates d'hérédo-syphilis :

α) Des érosions dentaires très accusées, sous forme de sillons très profonds sur les incisives et les canines supérieures, d'altérations très accentuées des cuspides, des incisives et des canines inférieures donnant l'aspect de dents en gâteau de miel et de dents en clous de girofle;

β) Des stigmates ophtalmoscopiques : pupilles larges ne réagissant pas à la lumière.

Papille grisâtre, teinte ardoisée péripapillaire et athrophies diffuses pigmentaires de la chorio-rétine.

3° Léon T..., vingt-deux ans. Je n'ai pu voir moi-même ce malade ; mais j'ai su pertinemment qu'il venait d'être opéré à l'œil droit d'une cataracte congénitale, et qu'une kératite ayant rendu opaque presque toute la cornée de l'œil gauche, faisait de ce malade un aveugle avant la tentative d'opération faite sur lui pour tenter de lui rendre la vue de l'œil droit.

Ces considérations multiples ne pouvaient me laisser de doutes sur l'origine hérédo-syphilitique de ces trois malades, et dès lors n'étais-je pas autorisé à soupçonner au moins la syphilis comme facteur étiologique possible de l'affection arthropathique de la seconde de ces enfants ?

Depuis lors, j'ai eu à différentes reprises, dans le service de mon père, l'occasion de constater, sur des sujets manifestement entachés d'hérédo-syphilis, des déformations articulaires relevant au moins objectivement du rhumatisme chronique déformant.

Permettez-moi de mettre encore sous vos yeux les photographies de trois de ces sujets.

L'histoire clinique de ces trois malades est la même et pour chacun d'eux, je pourrais dire ceci :

C'est un malade entré dans le service de la clinique pour une manifestation syphilitique en évolution, ordinairement méconnue, ajouterais-je. C'est, de plus, un malade porteur de tels ou tels stigmates de syphilis héréditaire et chez lequel, tout à fait accessoirement, on constatait la présence d'arthropathies considérées jusqu'alors

comme relevant du rhumatisme chronique déformant; en ayant eu les caractères et l'évolution, mais présentant cette double particularité d'avoir débuté dans le jeune âge et de ne point avoir de précédents similaires dans les ascendants des malades.

Sur la photographie du premier malade, la femme D..., vous pouvez voir les déformations si caractéristiques des doigts, des poignets et des genoux.

Sur celle du second malade, P..., âgé de quinze ans, vous voyez les déformations extrêmes des genoux.

Enfin sur celle du troisième, B..., vous verrez les déformations si accusées et si caractéristiques des gros orteils.

Je dois à l'extrême bienveillance du Dr Barthélemy la communication d'une observation similaire, doublement intéressante, comme vous pourrez en juger.

Cette photographie vous montre les mains toutes contrefaites d'un enfant de quinze ans, Wal...

Porteur de différents stigmates de syphilis héréditaire, prodigieusement infantile, pour ainsi dire nain; dégénéré physiquement, mais non intellectuellement, cet enfant est atteint d'un rhumatisme chronique déformant congénital.

L'origine hérédo-syphilitique de cet enfant se trouvait encore confirmée par l'examen de sa sœur, âgée de dix-huit ans, vierge et indemne de toute trace de syphilis acquise et qui présenta au sein gauche plusieurs gommes syphilitiques qui guérirent sous l'influence du traitement spécifique.

Ces deux enfants étaient issus d'un père qui présentait des stigmates des plus caractéristiques d'hérédo-syphilis et dont le propre père, c'est-à-dire le grand-père du malade en question, avait été soigné pour des accidents manifestes de syphilis acquise.

Comme je vous le disais à l'instant, cette observation n'est-elle pas doublement curieuse : 1° par la notion de ce rhumatisme chronique déformant congénital; 2° par ce document nouveau d'hérédo-syphilis de seconde génération.

A ces six observations bien nettes et bien précises de rhumatisme chronique déformant ou, pour mieux dire, d'arthropathies simulant le rhumatisme chronique déformant et survenues chez des individus manifestement entachés d'hérédo-syphilis, je pourrais encore en ajouter quatre autres, à coup sûr moins complètes, moins concluantes et qu'à dessein je sépare des six premières dont l'ensemble si homogène constitue seul la valeur documentaire.

Trois de ces observations incomplètes sont mentionnées dans ma thèse sous les numéros 350, 385, 387. Mais les mots de rhumatisme, rhumatisme chronique, pseudo-rhumatisme qui seuls y sont men-

tionnés, ne nous paraissent pas suffisamment précis pour tabler sur elles et les enregistrer à côté des autres.

La quatrième a été publiée au mois de juillet dernier par le Dr Moncorvo dans la *Revue des maladies de l'enfance*. Elle est relative à un enfant de cinq mois affecté d'une polyarthrite déformante en évolution dès l'âge de deux mois et intéressant les petites articulations des deux mains. Cet enfant, petit, vieillot, affecté de nombreux stigmates d'hérédo-syphilis, porteur de deux gommes syphilitiques au niveau du cou, était issu d'une mère qui avait, durant sa grossesse et quelque temps auparavant, présenté quelques atteintes légères d'une polyarthrite des petites articulations.

Cette particularité permet à M. Moncorvo de soutenir la thèse de l'hérédité directe de la polyarthrite déformante, son origine microbienne et aussi son origine fœtale probables.

Il relève tout à fait accessoirement dans cette observation la syphilis héréditaire; il ne semble pas vouloir l'incriminer, comme je suis tenté moi-même de le faire en présence d'autres faits analogues si précis et dans lesquels la syphilis seule était en jeu comme facteur étiologique. Je ne fais que mentionner ici ces quatre dernières observations; leur caractère incomplet ou ambigu m'empêche de tabler sur elles et, me reportant aux six premières dont l'ensemble si homogène m'a paru digne d'attention, je me crois dès aujourd'hui autorisé à formuler les conclusions suivantes que je soumets à la critique de la Société.

Six individus, dans les ascendants desquels je n'ai pu trouver mention d'arthropathies douloureuses et déformantes, mais dans les ascendants desquels j'ai trouvé six fois la syphilis, présentaient des ostéopathies et des arthropathies telles que toutes avaient été étiquetées et traitées comme des rhumatismes chroniques déformants.

Ces faits n'autorisent-ils pas à penser que la syphilis a pu être dans ces six cas la cause première de ces altérations ostéo-articulaires et de classer désormais la syphilis au nombre des maladies infectieuses que l'on doit considérer comme facteurs étiologiques possibles du syndrome connu sous le nom de rhumatisme chronique déformant?

M. Galezowski. — Je profite de l'intéressante communication qui vient de nous être faite au sujet des rhumatismes déformants héréditaires syphilitiques, pour vous dire quelques mots sur deux points de diagnostic différentiel : 1) sur les altérations de la choroïde dans l'ora serrata de l'œil, et, d'autre part, 2) sur les causes complexes de ces affections héréditaires déformantes.

1° Dans les affections syphilitiques héréditaires, il faut chercher toujours l'aspect ophtalmoscopique de la choroïde dans cette région. Toujours ou

presque toujours, vous trouverez des atrophies choroïdiennes disséminées qui sont les signes caractéristiques de la syphilis héréditaire ou acquise. Dans mon dernier voyage au Mexique, je les ai rencontrées, avec le Dr Ramos, dans trois cas de syphilis héréditaire avec déformation des articulations. Chez les trois, il y a eu choroïdite de l'ora serrata et malgré l'absence d'autres troubles oculaires, que de légères amblyopies.

2° Les autres symptômes que j'ai observés constamment, ce sont les accidents de goutte et de rhumatisme articulaire chez les parents.

Toujours, ou presque toujours, il faut chercher l'association, dans ces rhumatismes de forme héréditaire, de deux ou trois causes, la tuberculose, la syphilis et les accidents héréditaires goutteux des parents.

Nouvelle observation d'ulcère annamite.

Par MM. Gaucher et H. Bernard.

Dans un travail antérieur (1), nous avons publié un cas d'*ulcère gabonais*, chez un malade qui avait séjourné de longues années au Gabon et dans le Congo belge. Nous apportons aujourd'hui l'observation, accompagnée de moulages, d'un cas d'*ulcère annamite*, que nous avons récemment observé dans le service de M. le Professeur Fournier, suppléé par M. Gaucher. Ce cas ressemble d'une façon frappante au précédent, et plus encore à un autre cas d'*ulcère annamite* antérieurement présenté à cette Société par l'un de nous (2). Il s'agit bien, dans toutes ces observations, d'*ulcères*.

Le sujet de l'observation actuelle est un homme de cinquante ans, commis des douanes coloniales. Depuis l'âge de trente-neuf ans jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire depuis onze ans, cet homme a séjourné au Tonkin, tantôt à Hanoï, tantôt sur la frontière d'Annam.

Fortement constitué, il n'a jamais eu qu'une maladie, la variole, à l'âge de treize ans. Il y a six ans, il contracta une syphilis à manifestations discrètes : il eut un chancre suivi de roséole; jamais il n'eut de plaques muqueuses ni aucun autre accident syphilitique.

Il y a deux ans et demi, il vit apparaître spontanément, sans cause appréciable, sur la face dorsale de la main gauche, une nodosité érythémateuse qui s'ouvrit, suppura, et laissa à sa suite une ulcération; peu de temps après l'apparition de cette ulcération, se formèrent, sur la face dorsale des deux mains, d'autres nodosités érythémateuses, qui disparurent sans s'ouvrir ni suppurer. Cette première ulcération, traitée par des pansements au crésyl et par l'absorption d'iodure de potassium (1 gr. 50 par jour), guérit en quinze jours environ, laissant une cicatrice visible encore actuellement : c'est une cicatrice arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de deux francs, d'une coloration rose; à son niveau, la peau est

(1) E. Gaucher et Henry Bernard. Ulcères gabonais. *Soc. de dermat. et syphil.*, 7 mars 1901.

(2) E. Gaucher et Touvenaint. *Soc. de dermat. et syphil.*, janvier 1896.

amincie et transparente, non déprimée ; cette cicatrice siège exactement sur l'articulation métacarpo-phalangienne du médius.

Quatre mois après, une nouvelle ulcération, absolument semblable à la première, apparaît sur la face dorsale de la main droite : même début par une nodosité érythémateuse ; même traitement, suivi de guérison, mais au bout d'un temps plus long (un mois environ).

Au commencement de février 1901, une troisième ulcération se forme sur la main droite; cette ulcération guérit pendant la traversée, que faisait le malade pour retourner en France. Le traitement différa cette fois, car le malade avait cessé l'iodure de potassium depuis un certain temps, et prenait alors de la liqueur de Fowler, à des doses variant de cinq à quinze gouttes par jour.

En mai 1901, alors que le malade était en France depuis plus de trois mois, deux nouvelles ulcérations, toujours semblables aux précédentes, apparaissent sur la face dorsale de la main droite ; traitées, comme les précédentes, par des lavages au crésyl et de la liqueur de Fowler, ces ulcérations guérissent assez rapidement; mais, peu de temps après, une nouvelle ulcération, celle que nous observons actuellement, se forme au niveau de l'interstice carpo-métacarpien, sur la face dorsale de la main droite.

C'est une ulcération irrégulièrement ovalaire, de cinq centimètres de longueur sur trois centimètres et demi de largeur; le fond, bourgeonnant, est sanieux à la périphérie, tandis qu'au centre, il est constitué par une escarre noirâtre, complètement insensible. Les bords de l'ulcère ne sont pas taillés à pic, ni décollés; ils sont d'une teinte bleuâtre. Toute la face dorsale de la main et la région du poignet sont rouges et œdématiées : rougeur et œdème sont probablement le fait d'une irritation médicamenteuse (depuis le début de cette ulcération, le malade se traite par des bains bicarbonatés, par des compresses d'eau bicarbonatée et par une poudre dont il ne peut nous préciser la nature, mais qui serait un succédané de l'iodoforme). Auprès de cette ulcération, sur son bord droit, existe une autre ulcération, celle-ci très petite, présentant les dimensions d'une lentille, complètement arrondie et à fond sanieux, grisâtre.

En dehors du traitement local, le malade n'a pris, depuis le début de cette ulcération, aucun traitement interne, ni iodure de potassium, ni liqueur de Fowler.

Portant le diagnostic d'*ulcère annamite*, nous instituons le traitement suivant : 1° Pulvérisation journalière d'eau bouillie, de dix minutes de durée ; 2° application, dans l'intervalle, de compresses de tarlatane imbibées d'eau bouillie ; 3° suppression de toute autre médication, soit locale, soit interne. Ce traitement est mis en œuvre le 26 août 1901.

Sous l'influence de l'eau bouillie, l'ulcération diminue rapidement et progressivement d'étendue; l'escarre tombe et le fond bourgeonne, mais d'une façon modérée, et sans que jamais il soit indiqué de réprimer ce bourgeonnement. Un mois après, exactement, le 26 septembre 1901, l'ulcération est complètement cicatrisée ; à sa place, il n'existe plus qu'une cicatrice rougeâtre, portant en son centre une petite élevure papuleuse (bourgeons charnus recouverts d'épithélium).

Les deux moulages que nous présentons rendent d'ailleurs palpable cette

guérison rapide et complète, en montrant, le premier, l'état de l'ulcération le 26 août ; le second, l'état de la cicatrice le 20 septembre.

Par tous ses caractères, l'ulcération que nous venons de décrire ressemble d'une façon absolue aux ulcères annamites déjà présentés par l'un de nous ; elle ressemble également à nos ulcères gabonais. Dans tous ces cas, en effet, on note comme caractères primordiaux des lésions :

a) Le début par une nodosité inflammatoire suppurative, ressemblant à une gomme cutanée ou à un furoncle.

b) La formation consécutive d'une ulcération qui a tendance à s'accroître en surface plutôt qu'en profondeur.

c) La ressemblance morphologique de cette ulcération avec un ulcère gommeux syphilitique.

d) La guérison rapide de l'ulcération par l'eau bouillie seule, alors que le traitement antisyphilitique n'a aucune action (1), et que les topiques locaux, les antiseptiques particulièrement, aggravent plutôt la lésion.

e) La persistance ordinaire d'une cicatrice pigmentée d'apparence syphilitique, à dépigmentation progressive centrifuge.

Les conditions étiologiques sont également les mêmes pour tous ces cas : toujours, les ulcérations apparaissent sans cause appréciable ; elles ont une remarquable tendance à la récidive et, le plus souvent, cette récidive se fait sur la région antérieurement atteinte.

C'est en raison de la similitude presque absolue de tous ces cas, que nous n'hésitons pas à les ranger dans la même catégorie de lésions, que, faute d'appellation plus précise, basée sur l'étiologie, nous sommes obligés de désigner sous le nom d'*ulcères des pays chauds*.

Chancre syphilitique de la caroncule lacrymale.

Par MM. Gaucher et Sarazanas.

La nommée Fernande P..., âgée de six ans et demi, entre dans le service de M. le professeur Fournier, suppléé par M. Gaucher, le 10 octobre 1901, pour une affection de l'œil droit.

Depuis un mois, soignée dans un dispensaire pour un orgeolet, avec des applications locales de pommade iodoformée, la malade présente à l'examen, dans l'angle interne de l'œil droit, sur la caroncule lacrymale droite et en dehors du point lacrymal supérieur (le point lacrymal restant

(1) Notre premier malade (Gaucher et Touvenaint. *Soc. de dermatol.*, 1896), qui était un ancien syphilitique comme celui-ci, avait suivi longtemps le traitement spécifique sans résultat et guérit seulement par les applications d'eau bouillie.

situé en dedans de la lésion), une masse indurée de forme conique, à grande base supérieure.

De la dimension d'un haricot, cette masse indurée offre une surface rouge, cruentée, recouverte d'un vernis séreux et luisant.

Un œdème, d'un rouge vif, au pourtour de la plaie, obstrue le point lacrymal inférieur, s'étendant de l'angle interne de l'œil pour occuper la paupière supérieure et inférieure et se perdre dans les parties voisines sans délimitations précises.

L'examen des paupières montre l'angle interne de l'œil soudé en dedans de l'induration ; l'angle externe reste libre. La paupière supérieure ne peut que douloureusement se mouvoir. Il y a donc blépharoptose et blépharospasme. Le larmoiement est modéré. Il n'y a pas de photophobie. Les cils, baignés par une sécrétion séro-purulente, sont intacts. Cependant on note une réaction conjonctivale en rapport avec la lésion : une conjonctivite catarrhale. — Pas de coryza. La cornée est intacte.

Enfin, mis à nu, le corps présente sur le tronc, sur le cou et à la racine des membres, une éruption roséolique papulo-squameuse très nette et dont d'ailleurs il fut pris moulage ainsi que de la lésion de la caroncule.

En outre, on note actuellement une plaque muqueuse à la commissure labiale gauche et d'autres lésions semblables disséminées sur la muqueuse buccale. Les ganglions préauréculaires droits, les ganglions sous-maxillaires, sous-occipitaux et mastoïdiens sont faciles à découvrir, augmentés de volume, mais non douloureux.

L'aspect de l'ulcération, l'engorgement ganglionnaire ci-dessus décrit, la concomitance d'une roséole papulo-squameuse et de l'existence de plaques muqueuses, imposent le diagnostic de chancre syphilitique de la caroncule lacrymale du côté droit.

Le traitement local, institué dès le premier jour de l'entrée de la malade dans le service, consiste en des pansements humides. De plus, la malade, dont l'état général reste très bon, a pris à l'intérieur, dès le début, quarante-cinq gouttes de liqueur de Van Swieten par jour en trois fois. Le 14 octobre, c'est-à-dire quatre jours après, la dose était portée à soixante gouttes. — Actuellement la malade prend cinq fois vingt gouttes de liqueur de Van Swieten par jour. L'œdème a considérablement diminué et la cicatrisation de la plaie est presque complète. La roséole et les plaques muqueuses subsistent.

Les père et mère de l'enfant sont bien portants et n'ont jamais eu la syphilis. De trois enfants qui leur sont nés, une fillette est morte en bas âge. D'autre part, l'interrogatoire de la petite malade ne nous a pas permis de découvrir le mode de contagion de cette syphilis.

M. Fournier. — On n'a pas trouvé ici le mode de contamination. Il en est ainsi dans un grand nombre de cas de chancre de la face ; les enquêtes les plus minutieuses n'arrivent pas à le déceler. Je crois qu'une des causes de ces chancres est la projection de la salive pendant la parole.

Chancre syphilitique du nez.

Par MM. Balzer et Lecornu.

Les chancres syphilitiques de la région céphalique ne sont pas rares, puisque M. Fournier a pu dans sa statistique personnelle en relater 849. Mais la plupart de ces chancres siègent à la bouche qui est par excellence leur foyer prédominant (727 sur 849). Les chancres de la face sont beaucoup moins communs. Ceux que l'on observe siègent de préférence au menton (54 cas dans la statistique de M. Fournier), ensuite aux joues (24 cas); à l'œil (21 cas). Quant aux chancres du nez, ce sont des raretés, puisque M. Fournier n'en signale que 18. Nous venons d'en observer un nouveau cas que nous présentons à la Société.

B. A..., journalier, âgé de vingt-huit ans, n'a jamais eu aucune autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de douze ans. Le 25 octobre 1901 environ, il voit apparaître sur le côté droit du nez, près de la pointe, au-dessus du sillon naso-lobaire, une petite ulcération qui se recouvre de croûtes et qu'il prend pour un simple bouton. Mais bientôt ce petit bouton se développe, la surface croûteuse s'étend, et, en même temps, apparaît une adénopathie assez prononcée atteignant les ganglions sus-hyoïdiens, sous-mentonniers et les ganglions de l'angle de la mâchoire à droite et à gauche; cette adénopathie acquiert même un certain développement et détermine une gêne notable dans les mouvements du cou. Vers le 10 novembre, l'ulcération continuant à s'agrandir (elle atteint alors les dimensions d'une amande) et l'adénopathie devenant plus douloureuse, le malade vient consulter à l'hôpital Saint-Louis. On fait le diagnostic de chancre syphilitique du nez et on prescrit les pilules de protoiodure; comme les ganglions du cou menacent de suppurer, on conseille un pansement humide. Dès lors le malade suit exactement son traitement et l'adénopathie devient moins douloureuse.

Le 3 décembre, le malade vient nous consulter: il présente alors une roséole avec éruption papuleuse généralisée et des syphilides papulo-érosives du scrotum. Le chancre syphilitique situé sur le côté droit du nez est en voie de cicatrisation; mais l'induration y est encore très prononcée. Les ganglions sus-hyoïdiens et sous-mentonniers, les ganglions des deux angles de la mâchoire à droite et à gauche sont très volumineux. Ils forment des tumeurs dures, arrondies, mobiles sous la peau et sur les parties profondes, bien délimitées et peu douloureuses.

A la verge il n'y a aucune ulcération, aucune trace de chancre; le malade a d'ailleurs un phimosis congénital. Le diagnostic de chancre nasal syphilitique n'est pas douteux. On prescrit une injection d'huile grise par semaine et les pilules de protoiodure.

Sur un cas de mycosis fongoïde avec lésions impétiginiformes et lymphangite secondaire.

Par MM. Hallopeau et Fouquet.

Il s'agit d'un type classique de cette maladie; il nous paraît surtout digne d'intérêt en raison des complications multiples qu'entraîne la

violence du prurit et du grattage. Le malade, nommé Victor C..., âgé de soixante-douze ans, a éprouvé, il y a quatre ans, les premiers symptômes de sa dermatose ; il n'a pas d'antécédents héréditaires; il dit avoir eu la syphilis à l'âge de vingt-trois ans. La première manifestation de sa maladie actuelle a été l'apparition, dans la région de la nuque, d'une plaque rouge, vivement prurigineuse ; peu à peu, des altérations semblables se sont graduellement manifestées sur le tronc et les membres; la plaque occipitale a disparu. En août 1900, nous avons présenté Victor C... au Congrès de dermatologie de 1900 : son état général était encore relativement satisfaisant ; l'éruption était constituée par des plaques érythrodermiques, de forme variable, disséminées en abondance sur le tronc, le cou et les membres ; leur configuration était très variable : on en voyait d'ovalaires, de serpigineuses; le derme était manifestement infiltré à leur niveau ; elles étaient le siège d'un prurit intense; les ganglions lymphatiques étaient tuméfiés. Depuis lors, la maladie a constamment progressé, bien qu'un certain nombre de foyers initiaux se soient éteints sans laisser de traces.

23 octobre 1901. — C... rentre à l'hôpital quatorze mois après la dernière note.

Son éruption, très disséminée, a beaucoup augmenté; elle intéresse toutes les parties du corps, sauf le visage, les mains et les pieds. Ses altérations sont polymorphes : on trouve tous les intermédiaires entre de simples taches érythémateuses et des néoplasies saillantes de plusieurs millimètres.

Même au niveau des parties qui semblent simplement érythémateuses, on perçoit un épaississement de la peau et une infiltration profonde des téguments ; il en est de même au niveau des macules brunâtres qui représentent des éléments rétrocédés.

Certains de ces placards atteignent de grandes dimensions : ils recouvrent partiellement la moitié du tronc.

Sur le devant de la poitrine, la coloration rouge est en forme de nappe ; elle ne s'efface pas sous le doigt ; la peau y est infiltrée et notablement indurée.

En dehors de ces placards, on voit de petites macules pigmentées.

L'éruption est disséminée en éléments arrondis et en placards polycycliques sur les parties inférieures de l'abdomen. Quelques-uns sont d'un rouge vif et disparaissent sous la pression du doigt.

Certains d'entre eux présentent, dans leur aire, des dépressions irrégulièrement circulaires où la peau paraît saine ; elles rappellent, par leur configuration, des syphilides ; le malade ayant eu antérieurement la vérole il est possible que des macules décolorées consécutivement à ses manifestations aient été réfractaires à l'envahissement mycosique ; elles ne sont cependant pas d'aspect cicatriciel.

En diverses régions, ces parties décolorées, à contours serpigineux, sont entourées d'élevures irrégulièrement circulaires.

Certains placards ont leur surface recouverte de croûtes jaunâtres; ils sont limités par des bords nets, d'aspect érythémateux.

L'éruption présente des caractères semblables dans la région dorsale.

Au niveau des fesses, on remarque des plaques excoriées et suintantes.

L'éruption offre des caractères identiques sur les membres.

Quelques placards y sont lichénoïdes avec exagération des plis de la peau et quadrillage ; une zone d'infiltration érythémateuse les entoure ; tous les ganglions lymphatiques accessibles à l'exploration sont tuméfiés.

Le malade éprouve des sensations de cuisson et de démangeaison qui reviennent par poussées avec une extrême violence ; par le grattage frénétique qu'elles provoquent, elles donnent lieu aux larges excoriations avec croûtes impétiginiformes qui particularisent cette éruption.

26 octobre 1901. — Dans le but de calmer les démangeaisons, on a appliqué une pommade renfermant 1 centième d'essence de menthe et d'huile de bouleau. Néanmoins, il s'est produit une poussée aiguë sur l'abdomen sous l'influence du grattage; une grande partie des placards signalés précédemment se sont recouverts de croûtes jaunâtres, avec excoriations sous-jacentes, rhagades et suintement séro-purulent.

On constate dans le dos les mêmes altérations.

Les placards sont pour la plupart allongés en traînées linéaires de haut en bas et de dehors en dedans, jusque sur la partie antérieure du tronc; ils forment comme des arcs suivant *grosso modo* la direction des espaces intercostaux et devenant presque transversaux au niveau de la région lombaire.

Nous prescrivons l'application de compresses imprégnées d'une solution de permanganate de potasse à 1 p. 200.

Le prurit continue à être des plus violents et empêche le sommeil.

Le cuir chevelu reste indemne.

30 octobre 1901. — Les croûtes persistent. Lorsqu'on les enlève, on trouve au-dessous d'elles une surface légèrement excoriée par places et végétante çà et là. Elles ont un aspect serpigineux en diverses régions.

Sous d'autres croûtes, l'excoriation est généralisée et surmontée d'un détritus puriforme. Si on l'enlève, on trouve au-dessous une surface végétante.

Sur l'avant-bras gauche, il s'est produit une suppuration profonde avec ulcération en entonnoir de 1 centimètre de diamètre, d'aspect anthracoïde.

La pommade boriquée est remplacée par de la pommade salicylée au 50e avec 1/100e d'essence de menthe.

Le 2 novembre 1901. — Il est survenu à la jambe droite une lymphangite avec 39°,4, le soir; ce matin, le thermomètre monte encore à 38°,6. Le malade accuse de l'inappétence et des nausées ; il éprouve des frissons.

L'examen bactériologique du pus contenu sous les croûtelles y dénote des staphylocoques en abondance et quelques rares streptocoques.

Le 9 novembre, sous l'influence d'un pansement avec de l'huile d'amandes douces additionnée d'un centième d'acide phénique cristallisé et de sulfonal, le prurit a été calmé, la fièvre a cessé ; la jambe droite continue à être tuméfiée, rouge et très douloureuse.

Nous noterons une fois de plus chez ce malade l'absence complète de la lésion cutanée que nous qualifions en France de prurigo, malgré la violence extrême du prurit et du grattage ; il faut nécessairement,

ainsi que l'un de nous l'a déjà fait remarquer, que les éléments du tissu dermo-épidermique, dont l'excitation donne lieu, chez les individus atteints de gale, de phthiriase ou de prurigo de Hebra, à la production de cette lésion soient alors assez profondément altérés dans leur structure pour que cette réaction ne puisse plus se produire.

Les conséquences du grattage n'en sont pas moins pénibles ; on peut dire même qu'elles prennent chez ce malade un caractère de gravité exceptionnel : l'épiderme étant enlevé mécaniquement, les parties sous-jacentes se trouvent exposées aux invasions microbiennes et il en résulte, d'une part, la production de nombreuses croûtes impétiginiformes, d'autre part, le développement d'une lymphangite qui a envahi toute la jambe droite et provoqué une réaction fébrile avec troubles graves de la nutrition générale.

Il faut ajouter que l'intensité et la persistance, avec poussées d'aggravations, du prurit, rendent l'existence des plus pénibles pour ce malade : le seul topique qui ait eu action sur ce symptôme est l'huile d'amandes douces tenant en suspension un gramme de sulfonal et un gramme d'acide phénique ; si nous n'avons pas prescrit à dose plus élevée ces médicaments, c'est à cause des accidents que l'un de nous leur a vu produire.

Sur une forme croûteuse et villeuse de pemphigus foliacé, variété nouvelle.

Par MM. Hallopeau et Bouchot.

Il est de règle que, dans le pemphigus foliacé, les soulèvements épidermiques soient minces, les croûtelles peu épaisses, et que les uns et les autres se détachent promptement. Au contraire, chez le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société, les croûtes sont remarquables par leur grande épaisseur ainsi que par leur longue durée.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire de cette malade :

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Elle ne se rappelle pas avoir eu de maladies de l'enfance ; elle a été réglée à treize ans et demi.

Elle a eu des douleurs rhumatismales à l'âge de dix-sept ans, durant deux années. Mariée à vingt et un ans et demi, elle a eu un enfant à vingt-quatre ans, actuellement bien portant.

A vingt-six ans, elle a éprouvé de nouveau des douleurs rhumatismales qui ont duré plusieurs années avec des intervalles de santé.

Histoire de la maladie. — A l'âge de trente ans, la maladie actuelle débute sous forme de bulles atteignant la grandeur d'une pièce de cinquante centimes au niveau des deux seins.

Ces bulles sont remplies d'un liquide clair comme de l'eau, et entourées d'une zone inflammatoire, siège de démangeaisons. Par suite de celles-ci,

la malade se gratte, enlève l'épiderme et le liquide incolore contenu dans la bulle s'échappe. Le derme sous-jacent apparaît alors rouge et suintant, bientôt recouvert d'une nouvelle production épidermique faisant bulle.

L'éruption reste peu de temps localisée à la région mammaire.

Les mêmes bulles apparaissent bientôt aux membres, sur la poitrine, sur l'abdomen, à la tête, etc., elles sont arrachées par la malade, au fur et à mesure de leur production et laissent écouler un liquide clair et limpide.

Pendant toute cette période d'éruption bulleuse qui a duré pendant près d'un an, la peau située dans l'intervalle des éléments éruptifs paraît être restée saine, sans trace d'épaississement ni de desquamation. Les muqueuses n'ont pas été épargnées ; des bulles se sont produites dans la bouche à diverses reprises.

Il y a quatre ans environ, a commencé une deuxième période de la maladie, caractérisée par un développement de croûtes.

A ce moment, partant des bulles précédemment indiquées comme centres et irradiant rapidement dans toutes les directions, s'est manifesté un épaississement de la peau avec squames ou croûtes qui a gagné toute la surface du corps en un temps relativement court. La malade éprouvait, sous forme de démangeaisons et de brûlures, des douleurs assez violentes pour l'empêcher de dormir.

Depuis lors, la maladie ne s'est pas modifiée : il se produit incessamment une abondante desquamation ; l'éruption bulleuse n'a pas cessé, mais elle est devenue plus discrète ; la malade éprouve, chaque fois qu'elle se produit, une sensation de légère démangeaison, la carapace cutanée est légèrement soulevée, la pression en fait toujours sourdre un peu de liquide séreux ou purulent.

L'éruption bulleuse se produit avec une intensité plus grande au moment des règles.

Si l'on découvre entièrement la malade, elle apparaît couverte depuis la tête jusqu'aux pieds d'une véritable carapace écailleuse qui la bride de toute part, et qui maintient les membres inférieurs dans la demi-flexion. A certains endroits du corps cependant, l'enduit paraît absent : c'est d'abord au niveau des aisselles, où la transpiration persiste assez abondante ; il en est de même au niveau des autres plis et, aussi, au niveau des desquamations récentes où les croûtes n'ont pas encore eu le temps de se former. D'une façon générale, la couleur des croûtes varie du jaune soufre au gris sale et terreux.

Leur épaisseur est considérable en certaines régions, surtout au cou et aux lombes où elle atteint de 2 à 3 millimètres ; elle est mince en d'autres points.

Si l'on examine successivement les différentes parties du corps, on constate les faits suivants :

Le *cuir chevelu* est envahi par cette production jaunâtre rappelant celle du favus, avec desquamation furfuracée ; elle emprisonne la racine des cheveux qui sont grêles et raréfiés en différentes régions, surtout au sommet du crâne.

La face est recouverte d'un masque parcheminé et formé par des croûtes écailleuses larges, légèrement brillantes, peu adhérentes, atteignant de 4 à 7 millimètres de diamètre, présentant des contours irrégulièrement quadri-

latères se détachant de la périphérie au centre ; elles sont séparées par des sillons où l'on voit le derme rouge les séparer ; elles laissent à découvert au niveau des points où elles se sont détachées des îlots rouges qui atteignent jusqu'à 2 centimètres de diamètre ; à leur périphérie, on observe de nouveaux soulèvements ; il en est de même aux oreilles.

Au *cou,* les croûtes forment des saillies volumineuses, les sillons qui les réparent transversalement sont linéaires.

Au *thorax,* c'est une cuirasse fendillée en tous sens, épaisse surtout au pourtour des seins, dans la partie médiane et sur les mamelons, les sillons intercalaires dessinent un triangle dont le sommet répond au tiers supérieur du sternum, les bords latéraux contournent les seins et la base est formée de tractus transversaux s'étendant de l'une à l'autre région sous-mammaire. Ce sont les sillons de la peau exagérés.

Aux *lombes,* on est en présence de concrétions épaisses de plusieurs millimètres, de couleur de terre, desséchées, sillonnées de crevasses en tous sens ; ces croûtes ont un aspect végétant et villeux qui rappelle celui d'une écorce d'arbre. Les fesses sont moins profondément atteintes ; la peau y est assez souple et mince.

A l'*abdomen,* comme aux lombes, les plis cutanés y marquent de profonds sillons ; il en est de même dans les régions inguinales.

Aux *membres supérieurs,* les squames, assez peu marquées aux bras, augmentent à l'avant-bras, diminuent au dos de la main pour disparaître presque complètement à la face palmaire, où il n'y a qu'une desquamation furfuracée occupant les plis normaux ; on voit de longs îlots squameux sur les faces latérales des doigts ; les secondes phalanges sont fléchies sur les premières, les troisièmes sur les secondes ; la partie interne des avant-bras présente un aspect lichénoïde.

Aux *cuisses* et aux *jambes,* les croûtes sont volumineuses.

Sur le *dos des pieds,* il n'y a que des squames petites et peu épaisses.

A la plante des pieds, les squames reparaissent plus épaisses, surtout au niveau des points d'appui normaux ; on y voit aussi la trace de bulles ; les ongles sont creusés de sillons transversaux ; on y note une kératinisation sous-lamellaire incomplète. Ces organes sont tombés à plusieurs reprises, principalement au début de la maladie ; actuellement les sillons transversaux y indiquent un arrêt du développement.

Les *squames* et *croûtes* qui emplissent le lit de la malade sont épaisses et se cassent facilement, leur surface de section est rugueuse.

Si l'on *enlève artificiellement* les croûtes dans une certaine étendue, on aperçoit que le derme sous-jacent est rouge, qu'il suinte légèrement, mais très manifestement et qu'il est par places un peu végétant.

Les *dents* sont tombées par morceaux depuis le début de la maladie.

Les *ganglions* ont été tuméfiés à diverses reprises ; actuellement encore, il existe des adénopathies dans les régions inguinale et axillaire droites ; elles sont peu volumineuses.

Sur la *langue,* on note quelques petites végétations.

Nous prescrivons des injections hypodermiques de cacodylate de soude, renouvelées pendant douze jours sur vingt, à la dose quotidienne de 10 centigrammes, un pansement avec une pommade renfermant un trentième d'acide salicylique et 1 p. 100 de sulfonal.

Le 20 novembre. — Tout autour du coude, la peau présente l'aspect du pemphigus foliacé ; l'épiderme y est soulevé en minces et larges lambeaux ; la surface sous-jacente est rouge et humide.

Le 27 novembre. — Les membres ont été dépouillés de leurs croûtes par les applications salicylées; ils sont le siège de nombreux soulèvements épidermiques qui pour la plupart s'exfolient et laissent à nu une surface rouge et suintante ; le liquide se concrète de nouveau par places en croûtes qui, d'origine récente, sont encore minces. On voit en outre, sur les parties desquamées, des infiltrations purulentes en nappe atteignant plus d'un centimètre de diamètre ; leurs contours sont géographiques comme ceux de l'impétigo herpétiforme ; en différents points, la pression sur les croûtes fait sourdre un liquide purulent.

La malade accuse une sensation très vive de cuisson.

Le signe de Stoukowenkoff-Nikolsky est très net, et le feuillet épidermique ainsi enlevé est remarquable par son épaisseur.

Comme particularités dignes d'être relevées chez cette malade, nous mentionnerons les collections purulentes dont nous avons signalé l'existence : elles sont assez nombreuses et l'on doit craindre qu'elles ne deviennent le point de départ d'infections secondaires ; il importe donc d'avoir recours à une médication antiseptique active ; l'intensité des sensations douloureuses constitue une autre indication. Nous nous proposons d'appliquer, sur les parties mises à nu ou suppurées, des compresses imprégnées d'une solution de permanganate de potasse au 500e avec 1 p. 100 de sulfonal ; comme médication interne nous continuerons les injections de cacodylate de soude avec les pauses réglementaires.

En résumé, cette maladie, dont le début remonte à cinq années, a présenté au début, pendant un an, les caractères d'un pemphigus vulgaire, puis, ultérieurement, a pris ceux d'un pemphigus foliacé, avec cette particularité que l'exsudat séreux, au lieu de s'éliminer au fur et à mesure de sa production ou de se concréter en minces croûtelles, a constamment depuis lors formé des croûtes épaisses.

Ainsi que nous l'avons indiqué précédemment, lorsque cette femme est entrée dans notre service, toute sa peau était recouverte comme d'une carapace formée de croûtes épaisses et saillantes, d'aspect villeux, rappelant singulièrement celui d'une écorce d'arbre ; en enlevant les croûtes, on mettait à nu une surface rouge légèrement suintante ; par places, on faisait sourdre par la pression un liquide puriforme. Lorsque, sous l'influence de topiques, les croûtes ont été enlevées de la plus grande partie de la surface antérieure du corps, l'éruption a pris les caractères d'un pemphigus foliacé typique, mais on peut voir encore aujourd'hui, sur la face postérieure du tronc et au cou, l'éruption avec sa forme croûteuse et villeuse.

Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun fait sem-

blable ; celui qui s'en rapproche le plus a été publié par notre regretté collègue Quinquaud en 1892, sous le titre de pemphigus foliacé avec papillomatose généralisée, mais il résulte de la description de l'auteur, ainsi que de l'examen du moulage qui en a été fait par Baretta, qu'il ne s'est pas agi de lésions identiques : en effet, chez cette femme, la peau présentait un aspect grenu papillomateux caractérisé par des myriades de granulations avec desquamation légère, furfuracée.

Or, chez notre malade, il n'y a ni papillomatose ni état kératosique, c'est l'exsudat lui-même qui, au lieu de s'éliminer, se concrète en croûtes épaisses et persistantes.

On peut noter, par places, chez une autre de nos malades atteinte de la même dermatose, des ébauches partielles de ces concrétions épaisses.

M. Leredde. — Je ferai remarquer qu'il existe de légères déformations des articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite. C'est là un indice des altérations osseuses que j'ai souvent notées dans cette affection.

Sur une érythrodermie généralisée post-eczémateuse.

Par MM. Hallopeau et Bouchot.

Les érythrodermies généralisées avec desquamation peuvent se produire sous l'influence de causes très diverses, malgré de grandes analogies d'aspect ; c'est par une étude attentive des phénomènes concomitants et de l'évolution de la maladie que l'on peut parvenir à les différencier ; il est exceptionnel de les voir survenir, comme chez cette jeune femme, à la suite d'un eczéma.

Nous résumerons ainsi qu'il suit son observation :

D..., âgé de vingt-six ans, jardinière, salle Luzol, lit n° 18.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents dignes de remarque.

Antécédents personnels. — Depuis longtemps, pellicules dans les cheveux.

Au commencement de juillet 1900, des vésicules apparaissent au visage et donnent un suintement accompagné d'un peu de démangeaison.

Ces vésicules se manifestent ensuite aux jambes, puis aux bras.

L'éruption gagne bientôt le thorax, l'abdomen, le dos. Cette généralisation s'est complétée au bout de trois mois environ.

Au mois d'octobre, toute la surface du corps a été le siège d'un suintement considérable qui empesait la chemise et les effets.

Les démangeaisons pendant toute cette période étaient extrêmement vives ; la malade dit qu'elle s'arrachait la peau.

Ce suintement a persisté pendant tout le mois d'octobre et une partie du mois de novembre ; il s'est accompagné d'une desquamation, sous forme de lambeaux qui ont atteint aux paumes des mains de grandes dimensions Vers le 15 novembre 1901, le suintement a cessé ; les démangeaisons ont diminué ; le gonflement des parties malades a disparu — et la malade est devenue telle qu'elle se présente actuellement.

Toute la surface cutanée est d'un rouge assez vif qui disparaît momentanément sous la pression du doigt ; elle s'est recouverte de lamelles épidermiques qui affectent des dispositions un peu spéciales suivant les régions.

D'une façon générale, les dimensions de ces lamelles varient de quelques millimètres à 2 centimètres; elles sont extrêmement minces, semi-transparentes, adhérentes par leur partie centrale, tandis que leur périphérie se détache concentriquement. Elles se détachent facilement.

L'épiderme frontal est craquelé, mais ne présente pas à proprement parler de squames.

Celles-ci apparaissent aux joues, où elles sont petites et assez épaisses; elles rayonnent en plis radiés autour de l'orifice buccal et des sillons naso-géniens.

Le *cuir chevelu* est couvert d'une calotte croûteuse d'un blanc jaunâtre, d'une épaisseur de plusieurs millimètres ; sa surface est inégale et rugueuse.

Les *oreilles* sont légèrement tuméfiées, déformées, rigides, couvertes de minces squames avec un peu de suintement, ainsi que de petites suffusions hémorragiques. Dans les sillons rétro-auriculaires on voit un eczéma linéaire.

Au cou, la desquamation est furfuracée.

Sur le tronc les squames sont plus étendues, mais extrêmement minces; les plis de la peau sont exagérés.

Aux membres, *la face d'extension* présente un épiderme très aminci ; crevassé et craquelé, les plis de la peau y sont très accentués.

Les paumes des mains sont peu sillonnées.

Les craquelures sont prononcées surtout aux jambes.

Les plantes des pieds sont presque entièrement desquamées, seul le talon est encore recouvert de son épiderme décollé et prêt à tomber.

Ces régions, ainsi que les paumes des mains et les plis articulaires, sont le siège de sueurs abondantes.

La *conjonctive* est hyperémiée; il y a un léger ectropion.

Les *ganglions* des régions inguinales, axillaires et parotidiennes sont légèrement tuméfiés.

Le prurit est actuellement très modéré.

Les articulations phalangiennes des deux premiers doigts sont un peu tuméfiées, avec légère flexion de la phalange. Il n'y a pas de dystrophies unguéales.

L'état général est bon.

Les bords et le dos de la langue sont le siège d'une desquamation marginée en îlots à contours polycycliques.

Au premier abord, cette dermatose offre de grandes analogies avec l'érythrodermie prémycosique : c'est la même généralisation ; il y a eu pendant un laps de temps de violentes démangeaisons.

Mais il suffit d'un examen un peu attentif pour reconnaître qu'il ne s'agit pas de cette forme morbide : en effet, l'éruption a été au début vésiculeuse et suintante, par conséquent eczémateuse ; d'autre part, contrairement à ce que l'on observe dans les érythrodermies prémycosiques, les adénopathies sont très peu accentuées, en plissant la peau, on ne la trouve pas épaissie ; enfin, le prurit est actuellement presque insignifiant.

Cette dermatose diffère cependant des formes vulgaires de l'eczéma

par la largeur considérable des lambeaux desquamés et par la généralisation de l'éruption qui ne laisse pas un intervalle de peau saine.

L'existence des traînées rétro-auriculaires donne l'idée d'une affection dite séborrhéique ; il en est de même de l'état du cuir chevelu et du renseignement fourni par la malade relativement à l'existence antérieure de pellicules dans cette région.

Nous avons cherché en différents points de la surface cutanée la réaction camphrée d'Arnozan : nous l'avons constatée partout, mais très imparfaite et peu prononcée.

Les lésions linguales pourraient être invoquées contre l'idée d'une séborrhéide, mais on sait que de pareilles lésions peuvent exister de longue date sans que les malades s'en aperçoivent et il n'est nullement prouvé que, chez cette femme, ces altérations soient en rapport avec la dermatose.

Il faut noter l'existence de sueurs profuses, particulièrement dans les régions palmaires et plantaires ; il est possible qu'elles aient contribué à la genèse de la maladie, et cette donnée ne serait pas en contradiction avec l'origine séborrhéique des altérations.

Il résulte de ces considérations que nous sommes dans l'incertitude relativement aux causes prochaines de cette éruption, mais que cependant l'hypothèse d'un eczéma dit séborrhéique qui aurait débuté par le cuir chevelu et envahi ultérieurement toute la surface du corps paraît être la plus vraisemblable; il constituerait une forme distincte des séborrhéides avec folliculites généralisées et psoriasis consécutif que l'un de nous a fait connaître dans une série de communications faites avec M. Laffitte.

Sur un cas probable d'urticaire persistante.

Par MM. Hallopeau et Bouchot.

L'éruption du malade qui fait l'objet de cette communication offre des caractères très insolites qui en rendent le diagnostic difficile ; ils peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

C..., âgé de quarante ans, mécanicien, se présente à notre consultation le 28 novembre 1901.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais eu de maladies graves ; il a fait pendant longtemps des excès alcooliques.

La maladie a débuté le 15 juillet 1901, à la suite, dit C..., d'une ingestion assez exagérée de poisson, par une plaque des dimensions d'une pièce de cinquante centimes derrière l'oreille gauche. De ce côté la lésion a mis trois semaines environ à atteindre l'étendue qu'elle présente en ce moment.

Au mois de septembre, la même lésion est apparue de l'autre côté et a pris son extension actuelle en quelques jours. Depuis la fin de septembre les deux placards ont présenté des périodes d'accroissement et de régression successives.

État actuel. — Le malade est atteint, au niveau de chaque angle de la mâchoire, d'une éruption symétrique s'étendant un peu en arrière dans le cou ; il y a en outre, à gauche, une plaque rétro-auriculaire.

Sa couleur est d'un rouge vineux; elle disparaît momentanément sous la pression du doigt.

Les lésions élémentaires sont des papules isolées à la périphérie, agminées dans toute la région angulo-maxillaire, et présentant un contour géographique.

Le placard droit mesure environ 9 centimètres sur 5 centimètres, le placard gauche 6 centimètres sur 4 centimètres; les dimensions des papules isolées varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes.

Le tout repose sur une base un peu épaissie.

Le malade fait remarquer que les plaques deviennent plus saillantes sous l'influence du grattage, du rasoir, de tout frottement un peu rude. Il n'y a pas trace de cicatrice.

Les démangeaisons sont légères ou nulles.

Il n'y a pas d'adénopathies concomitantes.

Quelle est la nature de cette dermatose?

On ne peut penser à un érythème papuleux : la durée de la maladie suffit à éliminer cette hypothèse.

Il ne s'agit pas non plus d'une acné, ni d'un eczéma, ni d'une éruption spécifique.

Le malade n'a pas pris de médicament auquel on puisse attribuer une action pathogénétique.

L'hypothèse d'un lupus érythémateux, qui a été formulée, ne nous paraît pas soutenable, malgré la propagation rétro-auriculaire, en raison de l'absence complète du tissu de cicatrice, et aussi des contours géographiques que présentent les lésions et de leur exacerbation sous l'influence des irritations mécaniques.

Ces deux derniers caractères nous paraissent pathognomoniques d'une urticaire.

Il s'agit cependant d'une forme anormale de cette dermatose, car les sensations de cuisson sont très peu prononcées et, d'autre part, il est exceptionnel de voir les localisations de cette maladie persister ainsi pendant des mois ; cela n'est pas cependant un fait isolé : l'un de nous a, en effet, présenté plusieurs fois à la Société une malade atteinte depuis plusieurs années d'une urticaire persistante du visage : elle occupait toute l'étendue de cette région, alors que chez ce malade elle n'en a envahi qu'une partie.

Nous ferons notre possible pour tenir la Société au courant des modifications qui pourront survenir dans l'état de cet homme.

Le Secrétaire :

L. Brodier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

BERLINER MEDICINISCHE GESELLSCHAFT.

Séance du 23 janvier 1901.

Lichen ruber et pemphigus.

Lassar présente une femme de cinquante ans, atteinte depuis plusieurs mois de lichen ruber généralisé avec lésions de grattage. Il est survenu plus tard des bulles de la grosseur d'un œuf d'oie avec érythème concomitant. On a déjà signalé la coïncidence du lichen ruber et du pemphigus et on a regardé le pemphigus comme une aggravation du lichen, — lichen pemphigoïde. L. est opposé à cette manière de voir, car l'association d'un pemphigus à des éruptions généralisées, plurigineuses, donnant de nombreuses occasions d'infections, s'observe aussi dans d'autres dermatoses. Le pemphigus — c'est un fait aujourd'hui bien connu — est une maladie infectieuse d'origine traumatique, dont l'évolution est chronique ou rapide, qu'il faut rattacher tout particulièrement aux streptocoques et qui peut s'associer à toute maladie de la peau accompagnée de petites plaies. C'est tantôt l'intertrigo, tantôt la gale et enfin le lichen ruber qui en sont la cause occasionnelle par les lésions de grattage qu'ils causent. Dans le cas actuel, tandis que le lichen ruber est en voie de régression, le pemphigus prend un caractère aigu.

Blaschko pense que l'opinion qui regarde la formation de bulles comme faisant partie intégrale du lichen ruber, comme l'expression d'un processus morbide spécialement intense, est d'autant plus justifiée que, dans tous les cas graves observés jusqu'ici, on n'a pas constaté la marche typique chronique du pemphigus vulgaire, mais que, au contraire, la formation des bulles s'est arrêtée à mesure que le lichen ruber guérissait.

Lassar ne partage pas l'opinion de Blaschko, et croit que la coïncidence des deux lésions cutanées est rare. Dans le cas actuel les deux affections diffèrent en effet très nettement quant à l'époque de leur apparition. Le lichen ruber existait depuis des mois, lorsque le pemphigus est survenu brusquement. Quelquefois on a attribué ces bulles à l'emploi de l'arsenic, ce qui ne saurait être le cas ici, la malade n'ayant jamais fait usage de ce médicament.

A. Doyon.

GESELLSCHAFT DER AERZTE IN WIEN.

Séance du 22 février 1901.

Réinfection syphilitique.

Mracek présente un homme qui a contracté la syphilis il y a sept ans; il fut traité à cette époque par des injections de sozoiodolate de mercure et

l'iodure de potassium. Dans le courant du mois d'octobre dernier il a de nouveau été infecté; actuellement il existe sur le prépuce une cicatrice de chancre, des anédopathies multiples et un exanthème syphilitique. Dans ce cas on trouve réalisées les conditions exigées pour donner la certitude d'une réinfection.

J. Neumann a observé en tout 8 cas de réinfection syphilitique; le plus court intervalle qu'il ait constaté entre deux infections a été de deux ans. Ces cas démontrent d'une manière irréfutable la curabilité de la syphilis. On n'est en droit d'admettre une réinfection que si le même médecin a observé les deux infections, les engorgements ganglionnaires et les syphilides.

Traitement chirurgical du rhinophyma.

Sternberg présente trois malades atteints de rhinophyma chez lesquels il a enlevé tous les tissus jusqu'au périchondre du cartilage du nez et recouvert la plaie de greffes de Thiersch. Des excisions partielles et des scarifications n'avaient pas donné de résultat. La décortication a permis de restituer au nez une belle forme. L'acné des parties adjacentes est en voie de régression presque complète.

Weinlechner a employé cette méthode avec succès dans l'éléphantiasis de la jambe; il a obtenu ainsi, après l'ablation de la peau, la guérison de cette maladie jusqu'aux couches les plus profondes.

Kaposi recommande dans l'opération du rhinophyma d'intervenir suivant la nature de chaque cas; on a vu des guérisons à la suite de la section des bourrelets ou après une simple excision cunéiforme. Dans l'éléphantiasis étendu de la jambe, cette méthode a l'inconvénient de créer des plaies très considérables; on doit donc la réserver pour les formes tubéreuses circonscrites.

Séance du 15 mars 1901.

Des altérations de la peau dans la maladie d'Addison et dans quelques maladies toxiques.

Ehrmann remarque que, dans la maladie d'Addison, la pigmentation apparaît d'abord dans les régions naturellement les plus pigmentées (organes génitaux, mamelon) ou dans celles qui ont été exposées à des influences thermiques et irritantes. Le pigment se trouve dans les cellules de pigment propres du derme et des couches inférieures de l'épiderme. Dans la maladie d'Addison on observe en outre dans le derme des amas de cellules polygonales ou rondes avec noyaux vésiculiformes; ces cellules proviennent de la dégénérescence des lymphocytes et des leucocytes sous l'influence d'un agent toxique. E. a rencontré les mêmes altérations dans les infections et les intoxications, par exemple dans la syphilis et la mélanodermie arsenicale. Dans le psoriasis nigra on ne trouve les cellules de pigment que dans le derme, elles sont simplement repoussées dans l'épiderme. Le pigment (mélanine) des cellules de pigment (mélanoblastes) est le résultat de la vie de ces cellules qui peuvent se multiplier par irritation; il ne contient pas de fer et provient probablement du sang.

Dans la maladie d'Addison la coloration manque à la paume des mains et au cuir chevelu, parce que dans la première région il n'y a pas de mélanoblastes et que dans la seconde, ces cellules sont liées au bulbe pilaire, de sorte que les cheveux peuvent être plus foncés, tandis que le cuir chevelu conserve sa coloration normale. Les symptômes cutanés dans la maladie d'Addison ne sont pas sous l'influence du système nerveux; les caractères sont les mêmes que ceux d'autres intoxications.

Alexander rappelle que dans le labyrinthe et autour du nerf olfactif le pigment est en rapport étroit avec les nerfs.

Ehrmann répond que dans ces cas le pigment accompagne seulement les nerfs et qu'il n'est pas démontré qu'il y ait une relation fonctionnelle entre les deux.

Spiegler pense que certains faits cliniques prouvent que ce pigment se développe sous l'influence du système nerveux; par exemple sous l'influence de la pression de la pelote d'un bandage herniaire, le pigment disparaît parfois au niveau du point comprimé, mais aussi sur la partie symétrique du côté opposé; en outre, les nævi augmentent de volume pendant la grossesse.

Kaposi dit que physiologiquement les cellules du réseau de Malpighi produisent aussi d'elles-mêmes du pigment que l'hyperémie peut augmenter. La coloration de la peau à la suite des vésicatoires, qui persiste pendant des années sur la peau normale, disparaît rapidement sur des parties atteintes de vitiligo. L'apparition rapide du chloasma pendant la grossesse et sa disparition après l'accouchement montrent que l'influence nerveuse joue un rôle prépondérant dans la pigmentation.

Neumann est d'avis que le pigment pathologique de la peau apparaît non seulement dans les mélanoblastes décrits par Ehrmann, mais encore dans les cellules rondes sous forme diffuse et dans les cellules de tissu conjonctif sous forme de granulations.

Ehrmann répond que dans les cellules rondes il s'agit d'hémosidérine et non de mélanine. Dans les régions vitiligineuses les mélanoblastes sont détruits, par suite il ne saurait se produire une pigmentation durable. La pigmentation dans la grossesse peut avoir également une origine toxique comme les érythèmes, le prurit cutané, etc. Dans la syphilis, les mélanoblastes sont d'une part augmentés, de l'autre détruits. Les mélanoblastes, comme toutes les cellules vivantes, subissent l'influence du système nerveux; cependant jusqu'ici on n'a pas démontré une relation directe entre l'influence nerveuse et la formation du pigment. A. Doyon.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Acné.

Histologie de l'acné cornée (Reperto istologico in un caso di acne cornea), par S. GIOVANNINI. *Gazzetta medica di Torino*, 1899, nº 41.

Fillette de 11 ans, ayant vu apparaître sur différentes parties du corps, en particulier sur le cou, les coudes, les épaules, le dos, les genoux et les jambes, de très petits cônes cornés semblant sortir des follicules pilaires ; ces cônes, qui ne déterminaient aucun trouble quelconque, avaient une grande tendance à se réunir en groupes et à former des plaques d'étendue variable; ils étaient surtout nombreux au cou. L'éruption, qui s'était développée rapidement, dura environ six mois, puis disparut sans laisser de traces.

L'examen microscopique montra dans les glandes sébacées des cellules épithéliales analogues à celles de la couche de Malpighi, mais ne subissant pas, comme à l'état normal, la transformation caractéristique en cellules sébacées ; dans un petit nombre de glandes seulement, qui étaient notablement réduites de volume, l'épithélium néoformé n'avait pas subi de transformation ; dans le plus grand nombre d'entre elles, il avait au contraire pris les caractères de l'épiderme vulgaire, donnant lieu à la production de cellules cornées extraordinairement abondantes qui, en s'accroissant, avaient détruit les cloisons conjonctives séparant les glandes et les isolant des poils, et avaient fini par constituer à la surface de la peau une masse conoïde compacte ; cette hyperkératose n'atteignait pas la portion du follicule sous-jacente aux glandes sébacées; mais les follicules annexés aux glandes qui présentaient ces lésions ne renfermaient pas de poil ou contenaient simplement une tige de poil.

G. a rencontré dans les glandes sébacées, à la suite de l'épilation électrolytique, des cellules identiques à celles du corps de Malpighi, et des lésions ne différant de celles qu'il décrit dans l'acné cornée que par une production moindre de cellules cornées. Il se demande donc si, dans l'acné cornée, il ne s'agirait pas d'une atrophie, ou mieux d'une forme spéciale d'atrophie des glandes sébacées. G. T.

Acné kératique (A case of acne keratosa), par R. CROCKER. *British Journal of Dermatology*, août 1901, p. 305.

Une femme de 30 ans a, depuis 7 ou 8 ans, des poussées irrégulières de petites plaques rouges de la grandeur de l'ongle, siégeant à la face. Ces élevures s'accompagnent d'un prurit violent qui ne se calme que lorsque la malade a réussi à arracher les 3 ou 4 bouchons cornés qui sont enfoncés dans la peau. La lésion ainsi écorchée guérit en quelques jours. Il reparaît constamment de nouvelles lésions, souvent au siège des anciennes.

W. D.

Anatomie de la peau.

Quelques recherches d'anatomie comparée sur l'épithélium (Some comparative observations on epithelium), par L. Roberts. *British Journal of Dermatology*, avril 1900, p. 123.

Les glandes sébacées de l'homme sont la descendance directe des glandes à mucus des vers et des anguilles.

La première forme s'observe chez les daphnies; les cellules ectodermiques contiennent des granulations qui se colorent en rose par le bleu de méthylène; ces granulations s'éliminent et forment à l'animal un revêtement muqueux qui a les mêmes réactions colorantes et sert de protection contre les microbes ambiants. Dans d'autres animaux comme les lombrics, certaines cellules ectodermiques sont différenciées et constituent des cellules caliciformes; chez certains mollusques, ces cellules s'enfoncent profondément au-dessous du niveau général de l'épithélium. Chez les mammifères enfin, ces mêmes glandes fabriquent de la graisse et s'ouvrent dans les follicules. W. D.

Arsenicales (Dermatoses).

Action de l'arsenic sur la peau (The action of arsenic on the skin as observed in the recent epidemie of arsenical beer poisoning), par H. G. Brooke et L. Roberts. *British Journal of Dermatology*, avril 1901, p. 121.

La récente épidémie d'arsenicisme qui a sévi dans le centre et le nord de l'Angleterre est la plus importante qui ait été observée depuis l'épidémie d'acrodynie de Paris en 1828, laquelle était incontestablement de l'arsenicisme, bien que la cause n'en ait pas été reconnue à l'époque.

La fin de l'été de 1900 avait été marquée par l'apparition d'un grand nombre de malades avec des symptômes bizarres paraissant indiquer un empoisonnement et portant soit sur le système nerveux, soit sur la peau; mais on mit un certain temps avant de reconnaître l'origine arsenicale des accidents, parce que la plupart des malades n'avaient que des troubles nerveux ou que des troubles cutanés et se trouvaient par suite dirigés dans des services différents. Ce fait de la spécialisation des accidents avait été déjà observé dans l'épidémie d'acrodynie de 1828. Ce n'est que lorsque Reynolds eut remarqué la fréquence du zona chez ses malades qu'on pensa à l'arsenic.

Les manifestations cutanées étaient toujours assez variées et assez complexes. Les plus communes et les plus frappantes étaient la congestion des extrémités avec des fourmillements et de l'hyperesthésie, des plaques érythémateuses rouge vif, bien limitées, devenant plus tard laiteuses et ressemblant à du lichen plan, la mélanodermie maculeuse ou diffuse et l'hyperkératose des extrémités.

On peut grouper les manifestations cutanées en troubles vaso-moteurs, troubles névritiques, troubles trophiques, hyperkératoses et altérations du sang.

Troubles vaso-moteurs. — Érythèmes diffus atteignant surtout la partie antérieure du tronc et les segments supérieurs des membres, accompagnés de prurit et suivis de desquamation. Érythèmes circonscrits siégeant surtout sur les membres, formant de simples taches lenticulaires ou de

grandes plaques; ils offraient souvent une analogie frappante avec un érythème polymorphe ou avec un psoriasis récemment décapé; ces plaques étaient quelquefois couvertes de vésicules et se terminaient par desquamation.

Troubles névritiques. — Zona généralement cervical ou dorsal; quelquefois abortif ou même réduit à la douleur sans éruption; il coïncidait rarement avec des érythèmes étendus et s'observait surtout dans les formes nerveuses.

Éruptions pemphigoïdes atteignant surtout les extrémités et ressemblant tantôt à de la dyshidrose, tantôt à du pemphigus vrai. Hyperidrose; elle était tantôt extrêmement fréquente, tantôt généralisée, plus souvent localisée aux extrémités.

Troubles trophiques. — Mélanodermie; elle était aussi fréquente dans les formes purement nerveuses que dans les formes cutanées; c'est une teinte terreuse, les malades ont l'air mal lavés, elle arrive au brun sale, presque noir; elle est plus marquée sur les parties couvertes, dans les parties normalement pigmentées, cou, aisselles, seins, organes génitaux, dans les régions soumises à des pressions par une ceinture ou des jarretières; la pigmentation est toujours très bigarrée; elle atteint surtout l'épiderme et s'élimine avec les squames qui sont fortement colorées.

L'hyperkératose est un des phénomènes les plus accusés, elle est probablement générale, mais plus marquée aux paumes et aux plantes où elle forme une couche épaisse finement bosselée, souple s'il y a hyperhidrose, dure et écailleuse si, comme d'habitude, l'hyperhidrose disparaît avant l'hyperkératose. Sur les paumes et les plantes, l'hyperkératose forme souvent des amas cornés durs — cors arsenicaux, — ailleurs l'hyperkératose forme des plaques d'épiderme épaissi, ridé, blanchâtre, ressemblant à des plaques de lichen plan. L'hyperkératose est souvent indépendante de l'érythème.

Les ongles sont généralement indemnes, leur accroissement est quelquefois accéléré, d'autres fois ils présentent des bosselures transversales. Parfois ils deviennent minces et fragiles, et peuvent être éliminés en totalité. Les cheveux et les poils ne présentent aucune altération.

La desquamation est très caractéristique, elle est généralisée, en grandes lames noirâtres; c'est une des voies d'élimination de l'arsenic.

L'atrophie de la peau avec amincissement extrême de l'épiderme n'est appréciable cliniquement que dans les cas très graves.

Anatomie pathologique. — Dans les premiers stades, les lésions consistent surtout en une hypertrophie de l'épiderme. La couche filamenteuse est épaissie dans sa partie horizontale, car les cônes interpapillaires sont normaux ou diminués; la couche granuleuse est épaisse et chargée de granules; le *stratum lucidum* est très net et élargi; la couche cornée épaisse. Dans le derme on ne remarque que de la dilatation des vaisseaux, mais pas d'infiltration cellulaire diffuse. Il est à remarquer que l'hyperémie arsenicale n'aboutit jamais à l'inflammation. Dans la paume on trouve les mêmes phénomènes d'hypertrophie avec une pigmentation considérable de l'épiderme, non visible cliniquement et une augmentation considérable de la graisse dans la couche cornée et dans les glomérules sudoripares.

Dans les stades très avancés, l'épiderme est atrophié, la couche filamenteuse est réduite à deux ou trois rangées de cellules, la couche génératrice est formée de cellules aplaties ; le derme est atrophié par la disparition du tissu fibreux, les fibres élastiques persistent. Il n'y a plus de graisse dans l'épiderme.

Alors même que l'épiderme est chargé de pigment, le derme n'en contient que des traces. Il est probable que le pigment se forme dans les cellules épidermiques.

Pathogénie. — Binz et Schulz ont montré que l'arsenic agit directement sur le protoplasma comme agent respiratoire, passant de l'état d'acide arsénieux à celui d'acide arsenique ou inversement, cédant de l'oxygène ou en reprenant suivant la nature des tissus et leur plus ou moins grande activité. Nunn, par des expériences sur les grenouilles, a montré que l'arsenic excite l'activité vitale des cellules de la peau. Ces données concordent parfaitement avec les faits cliniques et anatomiques. Ce n'est pas en s'éliminant par la peau que l'arsenic agit, c'est par sa fonction oxydante qu'il excite l'activité vitale des cellules épidermiques : il se produit ainsi une série de phénomènes hypertrophiques. Si cette excitation vitale est trop intense ou prolongée, il en résulte l'épuisement, l'atrophie et la mort des éléments cellulaires. W. D.

Des lésions de la peau consécutives à l'emploi interne de l'arsenic (Kasuistische Beiträge zu Hautaffektionen nach innerlichen Arsengebrauch), par Stark. *Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1901, t. XXXII, p. 397.

Dans ces dernières années on a publié plusieurs cas d'intoxication par l'usage interne et sous-cutané de l'arsenic. Il importe donc d'employer ce médicament avec plus de prudence qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

S. prescrivit à une jeune femme atteinte d'acné vulgaire une solution à parties égales de liqueur de Fowler et d'eau de menthe poivrée dont elle devait prendre trois fois chaque jour trois gouttes, en augmentant chaque jour de trois gouttes, jusqu'à 60 gouttes par jour.

Au bout d'environ trois semaines, l'acné avait presque complètement disparu, mais la peau du visage avait pris une teinte légèrement jaune ; au bout de six semaines, la coloration jaune gris sale était analogue à celle qu'on observe dans la maladie d'Addison, et s'était étendue à tout le reste du corps. Les creux axillaires, les plis des coudes et des genoux, la région inguinale avaient une teinte jaune-brun foncé, les conjonctives étaient d'un gris jaunâtre.

S. soumit au même traitement un jeune homme atteint d'acné indurée et pustuleuse intense de la face. Après être arrivé graduellement à 20 gouttes trois fois par jour, il survint un zona facial qui guérit au bout d'environ dix jours après la cessation de l'arsenic. Trois semaines plus tard, S. prescrivit de nouveau de l'arsenic, mais, au bout de peu de temps, un zona apparut dans les mêmes points que la première fois, mais à un bien moindre degré. Cette éruption disparut encore sous l'influence d'un traitement indifférent, sans interruption de la médication arsenicale, mais en diminuant seulement les doses.

Ce cas est intéressant, surtout en ce que l'apparition du zona comme

conséquence de la médication arsenicale a été mise en doute par quelques auteurs. En admettant que le premier zoster ait été accidentel, il est difficile de ne pas attribuer le nouveau zona à l'action de l'arsenic. A. Doyon.

Dermatose arsenicale due à des bas (Dermatitis from arsenic in stockings), par Tunnicliffe et Rosenheim. *Lancet*, 27 avril 1901, p. 1199.

I. — Un garçon de neuf ans présente sur la jambe droite un nodule rouge du volume d'une noix ressemblant à un début de furoncle. Le lendemain on trouve sur chaque jambe une douzaine de nodules analogues plus petits ; le soir il eut de l'agitation et des vomissements. Cette poussée coïncidait avec le port d'une paire de bas de laine noire neufs. Après cinq jours de repos tout était guéri. Il porta quelques jours de vieux bas, puis reprit les bas neufs qui avaient été lavés dans l'intervalle. Dès le même jour il y avait une nouvelle éruption des nodules qui disparut en quelques jours.

II. — Une femme, après avoir porté quelques heures seulement une paire neuve de bas noirs, fut prise d'une extrême sensibilité des pieds qui l'empêchait de marcher. Quelque temps après, les mêmes bas, qui avaient été lavés, reproduisirent les mêmes symptômes.

L'analyse chimique montra que chaque paire de bas contenait 75 milligrammes d'arsenic, dont 10 milligrammes à l'état soluble. Même dans les bas lavés deux fois on trouvait encore de l'arsenic soluble. Des recherches faites sur des articles provenant de divers magasins de bonneterie ont montré que l'arsenic est très commun et très abondant dans les bas noirs, soit qu'on ait employé comme mordant des solutions d'arséniate de soude, soit que l'arsenic provienne de l'acide sulfurique qui entre dans la composition des mordants chromiques. W. D.

Lésions arsenicales de la peau (The skin lesions due to the presence of arsenic in beer), par F. H. Barendt. *British Journal of Dermatology*, avril 1901, p. 148.

On peut distinguer deux types principaux dans les cas d'éruption arsenicale qui ont été observés à la suite de l'usage de la bière toxique :

1° Les formes aiguës survenues à la suite d'une consommation exagérée, caractérisées par la douleur et les fourmillements des extrémités rendant la marche et l'usage des mains presque impossible; la rougeur et le gonflement de la face et des paupières, le prurit et l'hyperhidrose; les mains paraissaient teintes en rouge.

2° Dans les formes chroniques développées lentement à la suite d'un usage modéré de bière, on remarque surtout la mélanodermie. Celle-ci est généralisée, mais très inégalement répartie. Toutes les parties découvertes sont à peu près respectées ; la partie supérieure du dos est peu atteinte ; en revanche, la couleur est très marquée au cou, aux aisselles, aux plis du coude, aux flancs, à la taille, au ventre, aux aines, à la face interne des cuisses, aux fesses, au niveau des jarretières. La teinte brune, terre de Sienne, était très bigarrée, formant quelquefois des réseaux entourant des îlots de peau plus blanche.

Toute la peau était squameuse et pityriasique.

Bon nombre de cas du début ont été pris pour des cas de maladie d'Addison, mais il y manquait l'asthénie profonde, la pigmentation des

muqueuses qui ne s'est jamais montrée dans la mélanodermie arsenicale, la teinte noirâtre autour des yeux et, à l'autopsie, les lésions des capsules surrénales.

Dans la mélanodermie phthiriasique on trouve le maximum de pigmentation dans le dos et, sur les faces d'extension des membres, des lésions considérables de grattage et la présence des poux. W. D.

Artificielles (Dermatoses).

Urticaire provoquée par le formol (Urticaria, the result of the use of formalin), par L. G. Glover. *British Journal of Dermatology*, avril 1901, p. 153.

Une jeune femme n'ayant jamais eu d'urticaire, se fait deux applications sur le cuir chevelu d'une lotion de rhum et de formol. Aussitôt après la deuxième application, survient une urticaire violente et généralisée. Toute la face est gonflée, les membres sont couverts d'élevures, le prurit est intense, le cuir chevelu est seul à peu près indemne. L'éruption dure plusieurs jours, empêchant tout sommeil ; elle disparut assez rapidement avec quelques bains, quand on eut fait disparaître le flacon de formol qui dégageait dans la chambre des vapeurs très appréciables. W. D.

Eczéma dû au formol (Eczema produced by formalin), par Th. Fisher. *British Journal of Dermatology*, août 1901, p. 306.

F., appelé depuis plusieurs années à faire et à manipuler des pièces anatomiques conservées dans le formol, a observé chez lui-même et chez plusieurs de ses assistants des eczémas dus à cette cause. La susceptibilité de la peau à l'égard du formol s'établit lentement mais devient extrême ; des récidives surviennent après avoir manipulé des pièces conservées dans le formol et bien lavées ou pour en avoir simplement approché les mains. L'eczéma provoqué par le formol peut s'éterniser sans nouveau contact avec le toxique. Il s'établit même une susceptibilité générale et F., après avoir mis dans une dent creuse un tampon humecté d'une solution faible de formol, eut une heure après une éruption d'urticaire dans le dos avec un malaise général. W. D.

Dermite causée par une teinture pour les cheveux (A case of acute dermatitis caused by the use of a hair-dye having for its base the hydro-chlorate of paraphenylene-diamin), par Mewborn. *Journal of the American medical Association*, 18 mai 1901, p. 1389.

Quelques jours après avoir commencé à se servir d'une teinture pour les cheveux constituée par deux liquides, une femme de 44 ans est prise de démangeaison des paupières suivie d'une violente inflammation de la face. L'éruption atteint surtout le front, les paupières, les oreilles ; à un moindre degré elle occupe le nez, les joues, les avant-bras et la face interne des cuisses. W. D.

Bouche (Altérations des glandes de la —).

Modification particulière des glandes de la muqueuse buccale (Su di una speciale modificazione di ghiandole della mucosa orale), par E. Respighi. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1899, fasc. 4, p. 405.

R. décrit une modification des glandes de la muqueuse buccale dont il

n'a pas trouvé mention dans les auteurs et qui consiste dans le développement de petits corpuscules arrondis, jaunâtres, plans ou légèrement saillants, punctiformes ou atteignant le volume d'une petite tête d'épingle, comme enchâtonnés dans la muqueuse, rarement isolés, plus souvent réunis au nombre de trois, cinq, sept et plus, plus ou moins rapprochés, constituant des groupes arrondis ou ovalaires au nombre de deux ou trois, rarement plus. Ces lésions occupent ordinairement la muqueuse des joues, au voisinage de l'espace interdentaire, plus rarement celle des lèvres, plus ou moins près de leur bord libre, jamais les gencives, le palais ou la langue. On les rencontre chez environ un tiers des sujets, sans qu'elles soient en relation avec aucune dermatose, ni avec la syphilis; elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant. A l'examen histologique, on trouve des granulations graisseuses formant des amas de forme, de volume et d'abondance variables, occupant les cellules des glandes de la muqueuse, surtout celles de la partie centrale des glandes et se réunissant pour former des amas de forme variable dans l'intérieur de la glande et de son conduit. En somme, les cellules se transforment en graisse au lieu de se transformer en mucus. G. T.

Eczéma.

Recherches sur la nature parasitaire de l'eczéma et sur l'eczéma staphylotoxique (Untersuchungen ueber die parasitäre Natur des Ekzems und ueber das Staphylotoxin-Ekzem), par Bockhart. *Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1901, t. XXXIII, p. 421.

L'expérimentation et les recherches microscopiques conduisent, selon B., à la théorie suivante au sujet de l'origine et du développement de l'eczéma:

L'eczéma est une inflammation infectieuse de l'épiderme, dont les agents sont des staphylocoques. Il naît et se développe de la manière suivante:

Les follicules sains de la peau d'un sujet prédisposé peuvent renfermer des staphylocoques vivants mais inactifs. Ces staphylocoques peuvent acquérir une grande vitalité par une cause quelconque, interne ou externe, qui améliore le terrain nutritif des cocci dans les follicules. Or, la conséquence de l'exagération de cette vitalité est l'excrétion de la staphylotoxine. Dès que cette staphylotoxine parvient du follicule dans l'épiderme elle occasionne par action sérotactique la formation de papules ou de vésicules dans l'épiderme ; ces papules ou vésicules folliculaires contiennent alors du sérum et des staphylocoques. Celles qui sont périfolliculaires renferment du sérum clair et elles restent quelque temps stériles. Au bout d'un certain laps de temps les staphylocoques se multiplient dans les vésicules situées à l'orifice des follicules; puis des leucocytes y émigrent. Plus tard ces staphylocoques peuvent, en suivant les fentes lymphatiques de l'épiderme œdématié, infecter aussi secondairement les vésicules stériles du voisinage. Dans le contenu séreux de ces vésicules apparaissent alors aussi des leucocytes. La transformation purulente des vésicules ou la persistance de leur contenu à l'état leuco-séreux dépend de la plasmine des staphylocoques. Les vésicules ouvertes, les surfaces eczémateuses humides et les parties avoisinantes peuvent être infectées par des staphylocoques qui renferment une grande quantité de staphyloplasmine. On voit alors sur-

venir des pyodermites (impétigo staphylogène et furoncles) qui compliquent l'eczéma. Si l'eczéma ne guérit pas mais devient chronique, il survient entre autres des lésions du derme et du tissu conjonctif sous-cutané qui ne sont pas occasionnées directement par les staphylocoques. A. Doyon.

Le bleu de méthylène dans les eczémas, par L. Brocq. *Beiträge für Dermatologie und Syphilis Festschrift gewidmet H. I. Neumann*, 1900, p. 29.

B. a employé le bleu de méthylène en solutions aqueuses, de préférence en proportion variant du 1000e au 250e, dans les différentes formes d'eczéma, soit en badigeonnant avec la solution qu'on laisse sécher et qu'on recouvre de poudres ou de pommades inertes et couvrantes, soit en appliquant des compresses imbibées de la solution ; ce dernier mode d'emploi ne lui a donné que d'assez mauvais résultats.

Cette substance n'a que des effets assez peu satisfaisants sur le prurit, mais elle agit parfois fort bien sur l'éruption elle-même.

Les eczémas vulgaires supportent en général assez bien les premiers badigeonnages; cependant il y a parfois une irritation plus ou moins vive. Dans l'eczéma aigu suintant, à la période inflammatoire vive, le bleu exerce plutôt une action irritante et provoque même des poussées ; quand la période de suintement se prolonge, un ou deux badigeonnages avec des solutions dont il faut proportionner la force à la tolérance des tissus sèchent d'ordinaire les surfaces suintantes ; dans les eczémas chroniques, dans les eczémas nummulaires des membres, les badigeonnages répétés exercent une action siccative assez remarquable, mais sa valeur thérapeutique est inférieure à celle du nitrate d'argent et il faut en surveiller de près les effets, et en suspendre l'emploi s'il devient irritant, bien que parfois on soit obligé dans ces formes d'employer des solutions relativement fortes, au 100e par exemple. En somme, le premier effet semble être une action décongestionnante, les téguments deviennent moins rouges, moins tuméfiés, le suintement diminue notablement, l'épiderme a une tendance marquée à se reconstituer, au moins partiellement. Par contre, dans les formes à allures aiguës ou chez les sujets à peau un peu irritable, le bleu provoque souvent de nouvelles poussées, soit d'emblée, soit à la suite d'applications trop répétées. Il semble surtout utile dans les eczémas compliqués de pyodermites et donne parfois des résultats merveilleux dans les eczémas séborrhéiques suintants des plis. G. T.

Éléphantiasis.

Hypertrophie du bras consécutive à une lésion ulcéreuse de la main (Hypertrophy of the arm following ulcerative lesions on the hand), par L. Roberts. *Bristish Journal of Dermatology*, avril 1900, p. 119.

Une jeune fille se réveille un matin avec les doigts de la main gauche couverts de phlyctènes; après leur rupture celles-ci laissent des ulcères qui durèrent plusieurs mois. Depuis lors, le membre supérieur gauche s'est graduellement hypertrophié d'une façon assez égale pour n'amener aucune déformation. La peau est un peu épaissie, la main gauche est notablement plus faible que la droite. La sensibilité est diminuée jusqu'à l'épaule inclusivement. Les cicatrices des ulcères des doigts sont tout à fait anesthésiques. La radiographie a montré que le contour des os des doigts était un peu effacé. W. D.

Infectieuses (Dermatoses).

Contribution à l'étude des différents modes de prolifération locale dans les dermatoses infectieuses, par H. Hallopeau. *Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift gewidmet H. I. Neumann*, 1900, p. 222.

Il peut persister, dans l'induration chancreuse, des éléments en activité, témoins les nodules qui viennent parfois se greffer sur son pourtour et ses récidives plus ou moins tardives in situ.

Les éléments infectieux qui émanent directement, dans la période secondaire de la syphilis, de l'accident primitif peuvent avoir une activité plus grande que ceux qui se sont préalablement disséminés dans tout l'organisme, témoins les vastes ulcérations qui se produisent parfois à son voisinage.

Les syphilomes tertiaires peuvent s'entourer de tubercules semblables à ceux de la période secondaire, comme les papules initiales des syphilides en corymbes ; il semble que le virus engendré secondairement par un dépôt local ait une activité moindre ou que ce dépôt exerce sur les tissus qui l'entourent une action telle qu'ils réagissent avec moins d'intensité sous l'influence des nouvelles proliférations microbiennes.

On peut observer, dans la lèpre, des proliférations locales sous la forme d'anneaux concentriques à un dépôt initial. Ces manifestations secondaires sont d'abord, comme dans la syphilide en corymbe, plus pâles et moins saillantes que la nodosité initiale; mais, contrairement à ce qui se passe dans la syphilis secondaire, elles se développent ultérieurement et prennent alors des caractères tout à fait semblables à ceux de la néoplasie dont elles ont émané.

On peut voir se produire, autour des papules volumineuses de lichen plan, des papules secondaires plus petites et moins colorées, qui sont évidemment émanées des premières.

Dans le mycosis fongoïde, la progression excentrique des néoplasies et la formation de petites tumeurs secondaires au voisinage des productions volumineuses, indiquent des proliférations locales ; elles sont, sans doute, la cause unique de la multiplication des lésions ; il en est de même dans le psoriasis.

G. T.

Nævi.

Cas de nævus papillomateux généralisé. Traitement par la thyroïdine (Ueber einer interressanten Fall von Nævus papillomatosus universalis. Behandlung mit Thyreoidin), par Beck. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1901, t. XXXII, p. 433.

Garçon de 6 ans, atteint d'un nævus papillaire qui occupe presque tout le tronc, la tête, le cou et les membres. Les lésions, suivant leur localisation, présentent de légères différences. Sur la muqueuse des lèvres, à la base, et sur les bords de la langue, il existe des lésions analogues. Tout autour de l'orifice anal, groupes de proliférations papillaires, gris brunâtre, d'un demi-centimètre de hauteur. B. n'a pu trouver dans la science qu'un seul cas d'une affection semblable, occupant une aussi grande étendue, celui de T. de Amicis.

Dans le cas actuel il était impossible de reconnaître d'une manière positive une régularité ou une disposition systématique de l'anomalie de la peau, qui ne correspondait pas aux territoires de Head.

B. ayant constaté que la glande thyroïde du petit malade était à peine perceptible, prescrivit la thyroïdine à la dose de 5 centigrammes deux fois par jour et, en trois semaines, arriva jusqu'à la dose de 20 centigrammes. Au bout de deux semaines le résultat fut remarquable. En certains points où les lésions étaient peu prononcées, elles disparurent complètement et la peau reprit son aspect normal. En d'autres, notamment au tronc et au cou, où les saillies étaient confluentes, la peau reprit son caractère normal sur des plaques allant de la dimension d'une pièce d'un franc à une pièce de cinq francs en argent. Mais après trois semaines des symptômes généraux d'intoxication : inappétence, amaigrissement, palpitations, obligèrent d'interrompre ce traitement. La semaine suivante l'état de la peau s'aggrava. Au bout de huit jours de repos on recommença la thyroïdine à la dose de 15 centigrammes par jour. En même temps on fit prendre au malade trois fois par jour une cuillerée de solution arsenicale qui empêcha l'apparition des troubles produits par la thyroïdine. Cette fois l'amélioration se manifesta au bout de quatre jours, mais elle resta stationnaire malgré la continuation du traitement thyroïdien. Après quelques semaines il survint de nouveau une aggravation. Pendant une année on administra au petit malade de la thyroïdine à des intervalles plus ou moins éloignés et les résultats furent toujours les mêmes. A. Doyon.

Nævus variqueux ostéo-hypertrophique, par Klippel et Trénaunay. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 3 février 1900, p. 65.

Homme de 28 ans; depuis la naissance, large plaque de coloration ecchymotique, vineuse (nævus veineux des anciens auteurs), parsemée par places de petits espaces blancs de peau saine occupant la moitié droite de la partie inférieure du tronc et le membre inférieur droit. Sur l'abdomen la limite antérieure est une ligne droite absolument régulière, remontant à deux travers de doigt de l'ombilic, pour se continuer avec une ligne horizontale moins bien tracée qui contourne le flanc, et aboutit à une série de languettes irrégulières et déchiquetées, atteignant la crête épineuse sans la dépasser. A la cuisse, la plaque occupe les faces antérieure, sur laquelle elle est limitée en dehors par une ligne capricieusement dentelée, et interne et empiète un peu sur la face postérieure. Tout le côté droit du scrotum est atteint, des dentelures irrégulières se prolongent sur les parties droite et inférieure de la racine de la verge. Sur la fesse, deux taches ecchymotiques à bords très déchiquetés, dont l'une atteint la largeur de la paume de la main. Sur la jambe, la teinte est moins foncée, mais occupe les faces antérieure et latérale ; à la face interne, dans le tiers inférieur, il ne reste qu'un piqueté rouge-brun, sans teinte livide générale. Au pied, la coloration reprend toute sa vigueur, forme sur le cou-de-pied un bracelet complet, se continuant en bas sur toute la face dorsale, tout le bord interne et empiétant sur la moitié interne de la face plantaire; les trois premiers orteils sont entièrement colorés sur leurs faces dorsale et plantaire; à la base des autres doigts, il n'y a que des languettes émanées de la face dorsale du pied. En outre, nombreuses dilatations des veines, limitées au côté droit, et

que le malade affirme avoir eues depuis l'âge de dix ans. De plus, hypertrophie du membre inférieur, qui a 4 centimètres de longueur de plus que le membre gauche; les divers os du membre sont également plus volumineux que ceux du côté gauche. Muscles de la cuisse droite manifestement hypertrophiés. K. et T. critiquent les observations publiées sous le nom d'hypertrophie unilatérale du corps et montrent que, dans toutes celles qui méritent ce nom, il existait des nævi et des varices occupant les membres hypertrophiés; ils font des nævi et de l'hypertrophie des parties molles et osseuses les conséquences d'une même cause agissant pendant la vie intra-utérine et vraisemblablement infectieuse. G. T.

Nævus verruqueux linéaire (Un caso di neo verrucoso lineare), par Sprecher. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1901, fasc. 3, p. 326.

Fille de 7 ans, ayant à la région mentale et sous-mentale une traînée rectiligne allant du bord libre de la lèvre à l'os hyoïde, médiane dans la plus grande partie de son étendue et légèrement inclinée à droite près de son extrémité inférieure, mesurant 8 centimètres de long, sur une largeur maxima de 9 millimètres et minima de 4, saillante de 3 à 5 millimètres, formée de petites saillies verruqueuses à extrémité arrondie, implantées les unes auprès des autres.

A l'examen microscopique, la couche cornée de l'épiderme est uniforme et mesure environ six fois son épaisseur normale, elle a partout une disposition uniforme en couches parallèles à la surface de la peau ; dans sa partie inférieure, les lamelles sont en voie de détachement des couches sous-jacentes ; il n'y a pas de traces du stratum lucidum ; la couche granuleuse est hypertrophiée et formée de cinq à huit couches de grosses cellules riches en kérato-hyaline ; dans la couche épineuse, les cellules de la couche filamenteuse sont beaucoup plus grosses qu'à l'état normal, leur noyau se colore mal, la couche germinative est formée le plus souvent d'une couche de cellules cylindriques formant une palissade régulière, il y a des figures de karyokinèse et très peu de pigment; le corps papillaire est très développé, formé d'un tissu conjonctif jeune, riche en cellules parmi lesquelles on reconnaît des cellules fixes à prolongements, des cellules rondes, des mastzellen et des cellules plasmatiques, ces deux dernières variétés de cellules ayant tendance à se disposer autour des vaisseaux lymphatiques et sanguins. L'élément pilo-sébacé est représenté par : 1° des poils lanugineux normaux pourvus de grosses glandes sébacées ; 2° des poils lanugineux dépourvus de véritables glandes sébacées, mais ayant, à peu près à la place que celles-ci devraient occuper, une expansion en forme de manteau de la gaine radiculaire externe du follicule située près du bord inférieur de l'épiderme, comme on en observe sur les poils de certaines régions, telles que le mont de Vénus, les grandes lèvres ; 3° des follicules renfermant des poils à bulbe plein et présentant des appendices de la gaine radiculaire externe semblables à ceux décrits par Kölliker, Wertheim, etc., appendices situés à peu près au niveau du bulbe ; 4° des follicules présentant à la fois ces deux variétés d'appendices.

S. insiste sur le siège du nævus, qui correspond sur une grande partie de sa longueur avec la ligne antérieure du cou de Voit, et, à l'exception d'une faible étendue, avec la ligne médiane antérieure de la face et du cou

que délimitent, suivant v. Brunn, les points de convergence des lignes de poils des deux tourbillons voisins, enfin avec les lignes de Langer qui représentent la direction principale des faisceaux connectifs de la peau ; il répond, ce qui est plus important encore, au siège de prédilection de lésions congénitales bien plus graves, fistules, fissures, kystes. G. T.

Nævi linéaires (The cause of the streaks in nævus linearis), par D. W. Montgomery. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, octobre 1901, p. 455.

M. publie un cas de nævus kératosique systématisé et discute les théories proposées pour expliquer la distribution de ces lésions. Il montre qu'aucune n'explique d'une façon satisfaisante la distribution ordinaire sur le ventre, notamment le crochet aigu à sommet supérieur qui est figuré dans un grand nombre d'observations. Il ne fournit pas de théorie nouvelle. W. D.

Papillome.

Papillome zostériforme des membres inférieurs (Papilloma neurotico zosteriforme negli arti inferiori), par T. de Amicis. *Beiträge zur Dermatologie u. Syphilis, Festschrift gewidmet H. I. Neumann*, 1900, p. 7.

Femme de 60 ans, ayant vu apparaître il y a 7 mois, à la suite de fièvres intermittentes, sur le dos des pieds et les cous-de-pied, de petites saillies du volume d'une tête d'épingle, accompagnées d'une vive brûlure ; ces saillies sont tombées, puis se sont reproduites, augmentant de volume et de nombre. Presque symétriquement, à la face externe des deux membres inférieurs, depuis le dos du pied jusqu'aux fesses, on voit des saillies végétantes allant de la dimension d'une lentille à celle de la paume de la main, de forme très irrégulière, de coloration gris brunâtre, de consistance généralement dure et élastique, en quelques points tout à fait cornée, en d'autres plutôt molles, laissant sortir par la pression une substance puriforme ; ces lésions ont une disposition zostériforme ; sur le pied gauche, elles occupent le tiers antérieur de la région métatarsienne, la face dorsale de la première phalange du troisième orteil, toute la face dorsale du deuxième, le dos de la première phalange du gros orteil ; une masse volumineuse occupe toute la partie externe du cou-de-pied, une autre la partie postérieure et externe du quart inférieur de la jambe ; à droite, on voit deux masses de forme irrégulière, dont l'une occupe le tiers interne de la face dorsale du pied et le tiers antérieur de la région métatarsienne en se prolongeant sur la face dorsale de la première phalange du deuxième orteil et sur toute la face dorsale du troisième orteil, et dont l'autre occupe presque en totalité le cinquième inférieur de la jambe ; trois masses végétantes sont disposées symétriquement, deux à la face postérieure des jambes, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur, la troisième sur les fesses ; en outre, presque symétriquement disposées sur la face postérieure des cuisses, à partir des genoux, se voient des taches rugueuses et papillomateuses de dimensions variées. A l'examen microscopique, on ne trouve que des lésions hypertrophiques des papilles, de l'épiderme et des glandes sébacées, la sécrétion de ces dernières étant concrétée à la surface sous forme de croûtes adipeuses ; nulle part il n'y a de néoformation ayant l'apparence d'un granulome ; examen bactériologique négatif. G. T.

Pied de Madura.

Anatomie du pied de Madura (Beiträge zur Anatomie des indischen Madurafusses (Mycetoma, Fungus disease of India), par Unna et Delbanco. *Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1900, t. XXXI, p. 545.

Des recherches de U. et D., il résulte que le mycétoma est constitué par un groupe de maladies produites par des champignons rayonnés.

On trouve dans les préparations histologiques des espèces distinctes de champignons rayonnés qui diffèrent entre elles. La quasi-parenté de ces actinomyces pathogènes est encore accrue par la ressemblance des lésions qu'ils provoquent. A. Doyon.

Pityriasis rubra.

Pityriasis rubra de Hebra. Die Pityriasis rubra (Hebra), par Sellei. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1901, t. LV, p. 373.

Femme de 42 ans. La maladie a débuté il y a un an par des nodosités et de petites bulles sur les pieds et un prurit intense. Plus tard il survint successivement une éruption analogue sur le dos, les mains, le thorax et finalement sur le visage. Dans l'espace de deux mois la maladie envahit tout le corps.

La totalité de la peau est d'un rouge intense, plus accentué sur les membres inférieurs. Elle est lisse, d'un éclat atrophique brillant, non infiltrée; au toucher elle est sèche, particulièrement tendue. Si la malade reste un jour sans prendre un bain, tout son corps se recouvre de squames lamelleuses, blanches, d'un blanc d'argent, avec violent prurit. S. a observé cette malade pendant trois ans, jusqu'à sa mort, sans que les caractères de la maladie subissent de variations essentielles. L'atrophie de la peau augmenta de plus en plus et en certains points il se produisit des rhagades. La malade, amaigrie et réduite à l'état de squelette, pouvait à peine remuer ; les cheveux tombaient facilement, quelques parties du cuir chevelu étaient tout à fait chauves, pas de lésions des ongles, ni d'engorgement ganglionnaire. En dehors de la sensation persistante de prurit et des frissons, il est survenu des vomissements pendant les dernières semaines, de sorte que la malade ne s'alimentait que très difficilement et succomba dans le marasme.

La cause du prurit dans le prurit sénile réside dans l'atrophie résultant de l'âge, atrophie accompagnée de dégénérescences qui provoquent des altérations de tous les tissus du derme, d'où dégénérescence de l'élastine et du tissu collagène.

Les études comparatives que S. a faites sur la peau sénile, sur la peau de sujets atteints de prurit sénile et de pityriasis rubra l'ont amené à conclure que les produits de dégénérescence, l'élacine, la collacine, présentent dans le pityriasis rubra sous certains rapports un état analogue à celui qu'on observe dans le prurit sénile.

En résumé, le pityriasis rubra est un processus morbide à marche progressive lié à une dégénérescence essentielle de la peau, qui présente dans sa constitution histologique (élacine, collacine) une grande ressemblance avec le processus de dégénérescence qu'on trouve dans le prurit sénile, c'est-à-dire dans la peau sénile. A. Doyon.

Pourriture d'hôpital.

Connaissance et étiologie de la pourriture d'hôpital (Zur Kenntniss und Aetiologie des Hospitalbrands), par MATZENAUER. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis,* 1901, t. LV, p. 67, 229 et 394.

La pourriture d'hôpital n'est pas une malade éteinte depuis l'ère antiseptique, mais elle s'observe encore aujourd'hui sous forme sporadique, quoique, grâce à l'antisepsie, elle ne présente que des symptômes légers.

C'est dans la région ano-génitale qu'on rencontre relativement souvent des ulcères gangréneux.

Ces ulcères se distinguent par leur aspect, leur forme et leur étendue, par la rapidité de leur marche progressive et leur grande puissance de destruction. Ils sont caractérisés particulièrement par l'existence d'un enduit allant du gris sale à une teinte noirâtre, d'épaisseur variable, atteignant parfois plusieurs centimètres. Cet enduit est pâteux, gélatineux, semblable à du limon ou à de l'amadou, ressemblant à une escarre produite par un acide caustique; tout autour du bord de l'ulcère, il existe une étroite aréole inflammatoire rouge clair. Les ulcères répandent une odeur putride pénétrante. En même temps, il y a le plus souvent des symptômes fébriles.

Les ulcères dits « diphtériques » et « phagédéniques » qu'on a désignés simplement sous le nom d'ulcères « gangréneux » doivent rentrer dans la pourriture d'hôpital dont ils représentent les formes pulpeuse et ulcéreuse. Si la gangrène apparaît dans la forme pulpo-diphtérique ou ulcéro-phagédénique, cela dépend principalement de la localisation et tient aux conditions anatomiques du tissu atteint.

Histologiquement, la maladie consiste en un processus d'inflammation qui détermine prématurément la nécrose de coagulation du tissu.

La gangrène nosocomiale est une maladie infectieuse occasionnée suivant toute vraisemblance par un bacille (anaérobie) dont la culture pure n'a pas absolument réussi, mais qu'on trouve constamment et le plus souvent en grandes quantités dans les coupes des ulcères à marche progressive. Ce bacille est grêle, rectiligne ou parfois légèrement en spirale, de 3 à 4 μ de longueur et de 0,3 à 0,4 μ de largeur; il est le plus souvent isolé, parfois deux bacilles sont réunis dans le sens de la longueur. Les extrémités sont souvent arrondies, ce bacille se colore par le Gram.

L'infectiosité de la pourriture d'hôpital n'est pas assez caractérisée pour qu'un isolement strict des malades soit nécessaire.

L'inoculation à l'homme ou aux animaux ne réussit que difficilement et avec des précautions spéciales. A. DOYON.

Prurit.

Épilepsie et prurigo (Epilessia e prurigo, contributo alla teoria delle intossicazione), par I. CALLARI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle,* 1901, fasc. 2, p. 202.

Jeune homme de 18 ans, à crâne et à face asymétriques (voûte crânienne déprimée à droite, tête légèrement inclinée à droite, saillie des os du nez du côté gauche, atrophie du côté droit de la face), pris à l'âge de 12 ans de douleurs très vives dans l'oreille gauche survenant par accès, accom-

pagnées de secousses nerveuses et de prurit intense localisé à l'oreille gauche ; à l'âge de 18 ans, survinrent des accès convulsifs, accompagnés d'écume à la bouche. Les accès de prurit survenaient spontanément, quelquefois à la suite de quelque impression morale, ou étaient provoqués par une minime excitation externe mécanique ou physique telle que le frôlement d'une mouche sur la joue malade, un léger souffle envoyé par la bouche, le contact d'une barbe de plume, d'une goutte d'eau chaude ou froide, le contact de l'air froid, de sorte que le malade était obligé de porter sa coiffure uniquement sur la moitié droite de la tête pour en éviter le contact; pendant l'accès il ne peut s'empêcher de se gratter et lorsqu'il veut résister à ce besoin, il est pris d'une sueur abondante ; depuis deux mois, le prurit s'étend à la presque totalité de la surface cutanée, spécialement au front, à la poitrine, aux bras, aux cuisses, aux jambes et le long du rachis ; il a provoqué une éruption de petites papules rosées, quelques-unes recouvertes d'une croûtelle sanguine ; quelques régions, spécialement le cou, les avant-bras et le dos, présentent des lichénifications ; sur l'oreille gauche et la région occipito-pariétale, abondante sécrétion séreuse et quelques croûtes sanguines ; le long du sterno-mastoïdien, large zone de lichénification ; sur les parties antérieure et postérieure du cou, croûtes séro-sanguines et sanguines et fissures sanguinolentes dans les plis naturels ; intelligence éveillée, mais mémoire très affaiblie depuis le début des crises ; les urines renferment de très nombreux cristaux d'acide urique.

C. pense que, dans ce cas, l'épilepsie et le prurigo sont tous deux d'origine toxique et sous la dépendance de la diathèse urique. G. T.

Érythème prurigineux sénile (Ueber Erythema pruriginosum senile), par Furst. *Dermatologische Zeitschrift*, 1901, t. VIII, p. 253.

Cette dermatose consiste incontestablement en un processus de régression originairement constitué par une atrophie de la peau et une desquamation de l'épiderme. A ce moment, où commence souvent le prurit, la peau est encore pâle. Mais plus ou moins rapidement, parfois déjà après plusieurs semaines, l'hyperhémie chronique de la peau augmente par suite du grattage. Cet état s'accompagne souvent d'un exanthème papuleux.

Comme moyen prophylactique, F. recommande chez les personnes âgées dont la peau flasque et sèche a déjà une tendance à desquamer, de faire sur les parties malades des lotions douces et en tamponnant (avec de l'ouate stérilisée) deux ou trois fois chaque jour, avec une solution à 2 1/2 p. 100 d'acétate d'alumine. Après avoir séché la peau, on étend, à l'aide d'un pinceau en poils de blaireau, une pommade composée d'acide borique, de glycérine et de lanoline.

Le traitement que F. emploie avec un succès complet, même dans les cas les plus rebelles, consiste en lavages (à l'aide d'ouate stérilisée) avec une solution de 5 p. 100 d'acétate d'alumine. Il fait badigeonner les points où il n'y a ni lésion de l'épiderme, ni sécrétion avec une pommade contenant 10 grammes de thiol liquide, pour 20 grammes de vaseline et de lanoline.

Dans les cas où la peau était le siège d'un eczéma prurigineux humide

avec infiltration inflammatoire on applique trois fois chaque jour une poudre composée de 5 grammes de thiol sec pulvérisé, 25 grammes de carbonate de magnésie et 100 grammes de talc de Venise.

Des bains tièdes fréquents et des soins attentifs de la peau sont nécessaires pour maintenir d'une manière durable les résultats du traitement par le thiol. A. Doyon.

Purpura.

Purpuras et affections viscérales, par C. Oddo et Olmer. *Archives générales de médecine*, mars, 1900, p. 331.

Le purpura peut évoluer sans altération apparente des viscères, mais souvent aussi il affecte des relations évidentes avec des altérations viscérales qui peuvent lui être antérieures, contemporaines ou consécutives.

Ces altérations peuvent être la porte d'entrée de l'infection qui détermine le purpura et occupent le plus souvent les bronches, le poumon, l'amygdale et l'intestin. Elles peuvent produire le purpura par altération de la nutrition et auto-intoxication ; ce sont, en premier lieu, les affections du foie, puis les affections du rein ; les affections cardiaques ne paraissent agir sur la production du purpura que par les altérations des autres organes et notamment du foie et du rein. Plus souvent, le mécanisme est complexe : une altération viscérale primitive prédispose au purpura et une infection surajoutée en est la cause déterminante ; il en est ainsi dans le plus grand nombre des purpuras cachectiques.

Les affections viscérales contemporaines au purpura relèvent de la toxi-infection causale ; elles portent principalement sur le rein, et peuvent encore porter sur l'estomac et l'intestin, le foie, le cœur, le poumon, la rate, les méninges et la moelle, les ganglions lymphatiques : elles prennent le caractère hémorrhagique. Les hémorragies viscérales (cérébrales et méningées, rénales, pulmonaires, gastro-intestinales) sont fréquentes.

Assez rarement, il survit au purpura des altérations viscérales, qui en sont les séquelles ; dans quelques cas, la maladie pigmentaire a paru relever de ce mécanisme. G. T.

NOUVELLES

M. le Dr Gémy, professeur de clinique des maladies vénériennes et cutanées à l'École de médecine d'Alger, a succombé le 14 décembre. La rédaction des *Annales de Dermatologie*, auxquelles il avait collaboré à plusieurs reprises, tient à exprimer l'émotion qu'elle a éprouvée en apprenant la mort, cependant prévue depuis plusieurs semaines, d'un collègue plein d'ardeur pour la science. Nos lecteurs trouveront, dans le compte rendu de la prochaine séance de la Société française de Dermatologie, une notice sur l'œuvre du Dr Gémy, qui fut le créateur du mouvement et de l'enseignement dermatologiques en Algérie.

Le Gérant : Pierre Auger.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME II. — QUATRIÈME SÉRIE

1901

B

BLENNORRHAGIE

Gonocoque et généralités

Lésions blennorrhagiques des muqueuses et du tissu cellulaire.

Manifestations générales.

Traitement.

C

F

G

R

Chancres syphilitiques.

Syphilides. Gommes.

Syphilis des os et des muscles.

Syphilis des vaisseaux. Altérations du sang. Troubles de la nutrition.

Syphilis des voies respiratoires et digestives, de la rate et du corps thyroïde.

Syphilis de l'appareil urinaire et des organes génitaux.

Syphilis du système nerveux et de l'œil.

Associations pathologiques de la syphilis.

Syphilis héréditaire.

Traitement. Accidents produits par le mercure et l'iodure.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES MÉMOIRES ET ARTICLES ORIGINAUX

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

I

J

K

L

R

S

2738-01. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.